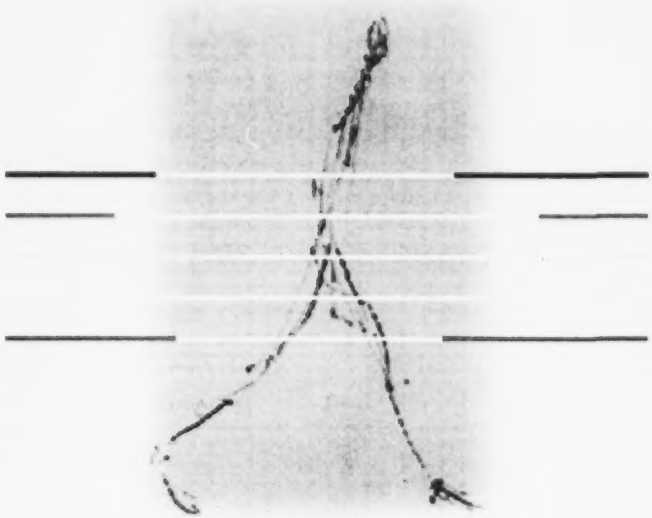
Projet sur les orientations régionales en santé mentale



Document de consultation

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

106-04359/

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

L'appellation région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec désigne les deux régions administratives 04 et 17.

Conception et mise en page : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04/03/99)

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.
Document disponible sur le site WEB de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Certaines phrases et parties de texte ont été tirées intégralement des ouvrages de références cités dans la bibliographie. Dans le but de transmettre des informations justes, de faciliter la rédaction et de pas alourdir le présent rapport, aucune citation intégrale n'a été indiquée.

Image de la couverture **Alberto Giacometti** *L'homme qui marche*

Dépôt légal – 1ER trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

LISTE DES COLLABORATEURS

Comité de pilotage stratégique sur l'organisation des services de santé mentale

Monsieur Claude Blais, directeur général, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Monsieur Michel Gervais, psychiatre, Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Monsieur Donat Gingras, directeur général, CLSC Vallée de la Batiscan
Monsieur Pierre Levasseur, directeur général, Hôpital Sainte-Croix
Madame Danièle Sieffert, coordonnatrice, R.O.B.S.M.

Équipe de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Monsieur Yves Gaudet, agent de planification et de programmation
Madame Miriam Hayes, agente de planification et de programmation
Monsieur Marc Lacour, directeur du Groupe santé sociale
Docteur Richard Langlois, spécialiste en santé communautaire
Madame Sylvie Lemay, agente de planification et de programmation
Madame Johanne Sylvain, agente de planification et de programmation socio-sanitaire

Soutien aux travaux

Madame Doris Béliveau, secrétaire
Madame Thérèse Brunelle, secrétaire
Madame Doris Desmeules, secrétaire
Madame Martine Fréchette, conseillère en promotion de la santé
Monsieur Marc Nolin, conseiller en promotion de la santé
Monsieur Serge Poulin, agent de planification et programmation

Les groupes de travail

ENFANTS ET ADOLESCENTS QUI VIVENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Madame Chantal Boisvert	Commission scolaire des Chênes
Madame Marie-Claude Bourassa	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Micheline Gauthier	Ass. régionale des familles d'acceuil à l'enfance
Monsieur Jean Huot	Les Centres jeunesse
Madame Nicole Labbé	CLSC-CHSLD Les Blés d'Or
Monsieur Henri-Paul Labonté	L'Entrain
Madame Jocelyne Moreau	Pavillon Arc-en-Ciel
Docteur Johanne Piché	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Suzanne Ruel	Hôpital Sainte-Croix
Madame Nathalie Tremblay	Parents partenaires

TROUBLES SÉVÈRES ET PERSISTANTS

Monsieur Denis Alie	Les Ateliers du Second Souffle
Madame Pierrette Bisson	A.P.A.M.E.
Madame Sylvie Brunelle	L'Entracte
Monsieur Guy Châteauneuf	Le Tremplin
Madame Andrée Deblois	Représentante usager
Madame Lise Gélinas	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Monsieur Michel Gilbert	C.I.C.
Docteur Luc Gilbert	Hôpital Sainte-Croix
Madame Liette Lafontaine	Résidence d'accueil (représentante)
Monsieur Alain Paquin	A.R.I.H.Q.
Madame Nicole G.Peacock	O.P.H.Q.
Madame Line Routhier	Carrefour Niverville
Monsieur Yvon Roy	CLSC Suzor-Côté
Monsieur Michel Simard	A.Q.R.P.

TROUBLES TRANSITOIRES ET SANTÉ MENTALE MENACÉE

Madame Maryse Blouin	La Rûche Aire ouverte
Madame Guylaine Boislard	Usagère (SRAADD)
Monsieur Mario Bourdon	RSSS de la MRC de Maskinongé
Madame France Brisson	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Brigitte Côté	CLSC Drummond
Madame Françoise Dorval	La Lanterne
Docteur Robert Gervais	Centre médical St-François
Madame Diane Jean	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Carolle Lacombe	C.I.C.
Madame Louise Lauzière	Maison des femmes de Victoriaville
Nicole Tourigny	Le Tremplin

LA CLIENTÈLE SUICIDAIRE ET LES PROCHES

Monsieur Gilles Gignac	CLSC Vallée de la Batiscan
Monsieur Paul Langevin	Service de Prévention suicide Trois-Rivières
Monsieur René Leblanc	Hôtel-Dieu-d'Arthabaska
Madame Madeleine Rioux	CLSC-CHSLD Les Blés d'Or
Monsieur Michel Tomassin	Les Centres-jeunesse
Madame Diane Tourigny	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Madame Paula Vachon	Réseau de prévention suicide des Bois-Francs

L'AUTISME ET LES AUTRES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Madame France Auger	CLSC Suzor-Côté
Madame Louise Beaurivage	O.P.H.Q.
Madame Denise Bédard	Milieu scolaire
Madame Lucie Bouchard	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Madame Marguerite Bourgeois	Centre de stimulation L'Envol
Madame Thérèse Bourque	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Madame Carole Brouillette	Centre de la Petite enfance
Madame Linda Croteau	Les Centres jeunesse – Pavillon Laforest
Monsieur Michel Francoeur	Autisme-Mauricie
Docteur Mario Morency	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Madame Sylvie Paquin	Milieu scolaire
Monsieur Yvan Prince	C.S.D.I.
Monsieur Jean-Pierre Racette	Centre de réadaptation InterVal

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT

AQRP	Association québécoise de réadaptation psychosociale
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
CH	Centre hospitalier
CHCM	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIC	Centre d'intégration communautaire
CIM	Classification internationale des maladies
CJ	Centres jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
MEQ	Ministère de l'éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PACT	Program of assertive community treatment
PROS	Programme régional d'organisation de services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PSI	Plan de services individualisés
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
ROBSM	Regroupement des organismes de base en santé mentale
RTF	Ressource de type familial
SOC	Soutien aux organismes communautaires
SRAADD	Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale
TEACCH	Treatment and education of autistic and related communication handicapped children
TED	Troubles envahissants du développement
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS DANS CE DOCUMENT

INTRODUCTION **9**

PARTIE I : ORIENTATIONS RÉGIONALES

Chapitre 1 Promotion/prévention 15

Chapitre 2 Modèle régional d'intervention en situation de crise 19

Chapitre 3 Enfants et jeunes présentant des troubles mentaux 27

Chapitre 4 Adultes présentant des troubles mentaux graves 39

Chapitre 5 Personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée 53

Chapitre 6 Clientèle suicidaire 61

Chapitre 7 Personnes présentant des troubles envahissants du développement 69

Chapitre 8 Réseau résidentiel 81

Chapitre 9 Organisation médicale 83

Chapitre 10 Recherche et évaluation 87

PARTIE II : CONDITIONS DE RÉUSSITE

Chapitre 11 Mécanismes de transition 93

Chapitre 12 Planification budgétaire de la gamme de services en santé mentale 97

Chapitre 13 Concertation et formation continue 99

CONCLUSION **101**

BIBLIOGRAPHIE **103**

INTRODUCTION

LE CONTEXTE DE LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Au Québec, depuis la publication de la *Politique de santé mentale* en 1989, l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux et l'accès à des services dans leur milieu de vie sont les avenues privilégiées pour le développement des services de santé mentale. Même si le Québec partage cette orientation avec la plupart des pays développés, la mise en place d'un système de services de santé mentale dans la communauté ne s'est pas encore véritablement concrétisée.

Ainsi, les données colligées au ministère de la Santé et des Services sociaux mettent en évidence la concentration des ressources publiques dans les services d'hospitalisation, contrairement à ce qui se fait dans d'autres provinces. Le *Bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale* soulève, de la même manière, l'absence de diversification des ressources actuelles et leur concentration en milieu hospitalier. Ce bilan présente les points de vue des différents groupes travaillant en santé mentale, qu'il s'agisse de gestionnaires, d'intervenants ou d'usagers.

Par ailleurs, en décembre 1996, le vérificateur général du Québec a affirmé, que «le Québec est aux prises avec un important surplus de lits en psychiatrie». Parallèlement, on trouve encore peu de services dans la communauté pour les personnes qui en ont besoin. Il recommandait au Ministère et aux régies régionales «d'assurer la transformation de l'organisation des services préconisés par la Politique de santé mentale».

Le document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* visait la mise en place de nouveaux services adaptés aux principaux usagers et usagères des services actuels, soit les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants. Ces personnes ainsi que leurs proches sont celles qui sont les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale.

Une consultation des études évaluatives sur le sujet révèle que les personnes ayant des incapacités importantes ou ayant séjourné de nombreuses années dans des hôpitaux psychiatriques se montrent plus satisfaites de leur vie dans la communauté lorsque les services répondent à leurs besoins. Quelques programmes ont démontré leur efficacité à cet égard, en particulier le suivi intensif dans la communauté, qui a été étudié à maintes reprises, dans de nombreux contextes et auprès de plusieurs clientèles. Ces programmes existent au Québec, mais le défi est d'en généraliser l'accès dans toutes les régions.

LE CONTEXTE DE LA TRANFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Le consensus à la base de la *Politique de santé mentale,* qui s'appuyait notamment sur la volonté de rechercher les solutions dans le milieu de vie des personnes, est toujours présent dans la région.

En 1992, l'adoption d'un *Plan régional d'organisation des services de santé mentale* prévoyait l'ajout de 10 millions de dollars supplémentaires. Toutefois, la nécessité de procéder à l'effort d'assainissement des dépenses publiques a plutôt confronté la Régie régionale à des vagues successives de réduction des dépenses compromettant, par le fait même, la réalisation du plan régional.

En 1996, le *Plan de transformation de la Régie régionale* prévoyait un certain nombre de mesures qui ont connu un faible degré de réalisation. D'autre part, en 1996, le Ministère faisait connaître ses *Orientations concernant l'organisation des services aux personnes autistes.*

En 1997, le Ministère lançait les *Orientations pour la transformation des services de santé mentale.* Ce document de consultation mettait clairement en avant la volonté de rapprocher l'intervention du milieu de vie, de diversifier les services et de répartir les ressources en fonction des nouvelles orientations. De plus, en 1998, il publiait sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide.*

En 1998, le document *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* interpelle chacune des régies régionales afin qu'elles intègrent les éléments de planification nécessaires à la transformation des services de santé mentale.

En juin 1998, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec faisait connaître à ses partenaires de la santé mentale son intention de procéder, au cours de la prochaine année, à la définition des orientations régionales en santé mentale.

L'APPORT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE NOTRE RÉGION

Il est essentiel de reconnaître l'apport et l'importance des quelques 25 organismes communautaires en santé mentale oeuvrant dans la région. Ces organismes sont issus des besoins identifiés dans la communauté et leurs missions visent l'entraide aux personnes vivant des problèmes de santé mentale, le support à leurs proches, l'intégration et la réinsertion sociale ainsi que la défense des droits.

Les orientations régionales en santé mentale devront favoriser le développement de ces organismes sur la base de collaborations librement consenties dans le respect de leur autonomie et de leurs approches alternatives.

LE CONTENU DU DOCUMENT

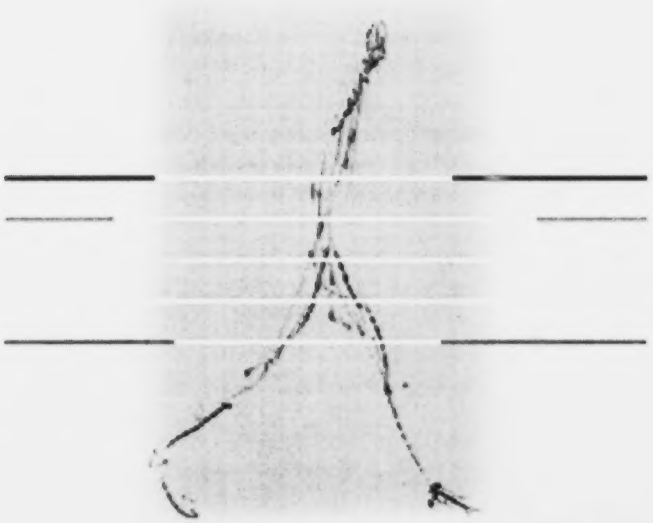
Le présent document expose le projet sur les orientations régionales en santé mentale tel que soumis pour la consultation. Il est composé de 2 parties.

La partie 1 présente les 10 secteurs sur lesquels portent les orientations régionales en santé mentale. Il s'agit, de la promotion/prévention, du modèle régional d'intervention en situation de crise, des enfants et des jeunes présentant des troubles mentaux, des adultes présentant des troubles mentaux graves, des personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, de la clientèle suicidaire, des personnes présentant des troubles envahissants du développement, du réseau résidentiel, de l'organisation médicale et de la recherche et évaluation.

Enfin, la partie 2 présente les conditions de réussite qui permettront d'atteindre les objectifs reliés aux orientations régionales en santé mentale. Il s'agit des mécanismes de transition, de la planification budgétaire de la gamme de services en santé mentale et de la concertation et formation continue.

PARTIE I

ORIENTATIONS RÉGIONALES



CHAPITRE 1 : PROMOTION/PRÉVENTION

ÉTAT DE SITUATION

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans son *Projet consolidation 1999-2002*, confirme son désir de prendre le virage vers la promotion et la prévention. Dans les trois prochaines années elle compte :

- Mener des travaux en lien étroit avec les partenaires, notamment les CLSC, afin de définir les planchers de services et les marges de manœuvre territoriales compris à l'intérieur de l'objectif de 70 $ per capita.
- Définir, en concertation avec les partenaires, les mécanismes de reddition de compte à mettre en place pour assurer la disponibilité des planchers de services dans chacun des territoires.
- Soutenir le changement de pratique des ressources humaines sur qui repose le virage promotion/prévention.
- Promouvoir les actions et interventions jugées efficaces et prometteuses de même que celles qui agissent sur plusieurs facteurs de risque à la santé tout en mettant en place des mécanismes circulaires (régional-local et local-régional) d'échange d'expertise.
- Porter un regard régional sur les actions locales et régionales afin de s'assurer de la cohérence entre elles et avec les actions nationales.

Ces objectifs régionaux auront un impact certain sur les activités en promotion/prévention dans notre région car il y a encore beaucoup à faire dans ce secteur d'activité. Jusqu'à présent peu de régions ont conçu un programme spécifique en cette matière. Cela s'explique par le peu de disponibilité de l'expertise et le manque de ressources humaines et financières allouées jusqu'à présent à ce secteur d'activité.

Par contre, il faut mentionner l'implication soutenue des organismes communautaires et des établissements de notre région qui, malgré le peu de moyens à leur disposition, ont mené depuis plusieurs années de nombreuses activités dans le domaine de la promotion et de la prévention en santé mentale.

ORIENTATION 1

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend agir sur les causes des problèmes de santé mentale en intensifiant les activités de prévention et de promotion.

Le comité de la santé mentale du Québec définit la prévention et la promotion de la façon suivante :

- La prévention vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou telles conditions.
- La promotion vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque et vise la population en général ou des sous-groupes particuliers.

Le tableau suivant illustre la distinction entre la promotion et la prévention (extrait de Blanchet et coll., 1993).

	Prévention	**Promotion**
Objectifs	Réduire l'incidence des problèmes de santé mentale	Accroître le bien-être personnel et collectif
Moyens	Éliminer ou réduire les facteurs de risque et les conditions pathogènes	Développer les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale
Cibles	La population en générale et les sous-groupes exposés à des facteurs de risque ou à des conditions pathogènes	La population en générale et des sous-groupes particuliers
Moments	Avant l'apparition des problèmes	En tout temps
Modèles	Épidémiologique et clinique	Psychologie du développement, écologique et socioculturel

Pour marquer plus d'emphase en promotion/prévention, l'intervention doit s'inscrire dans un élargissement des perspectives au niveau de l'action. En effet, les interventions en matière de promotion/prévention ne devraient pas être strictement orientées en fonction de la personne, mais aussi en fonction des milieux de vie que celle-ci doit affronter quotidiennement.

Les clientèles prioritaires vers lesquelles devraient s'orienter les actions de promotion et de prévention sont les suivantes :

- Les personnes dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire susceptibles de développer des problèmes de santé mentale parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie qu'elles jugent intolérables.
- La population et particulièrement certains groupes plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale soit en raison de leur sexe, de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique, soit parce qu'ils sont exposés à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme ou les toxicomanies.

Objectif V

Mettre en place sur chacun des territoires la gamme complète des services de promotion et de prévention.

La gamme des services en promotion/prévention comprend les services suivants :

L'information et la sensibilisation de la population

- Les moyens d'action sont l'information et la sensibilisation de la population aux problèmes de santé mentale, aux conditions sociales et autres facteurs associés à la santé mentale, aux problèmes pouvant constituer une menace au maintien de la santé mentale et à la démystification de l'utilisation des services disponibles.

Le dépistage des individus et des groupes à risque

- Les moyens d'action sont le dépistage des personnes et des familles aux prises avec des situations constituant une menace pour leur santé mentale comme l'isolement social, la séparation et le divorce, le deuil, la négligence, la violence ou autres. Le dépistage vise également à agir rapidement auprès des personnes ayant des idées suicidaires.

L'intervention auprès des individus ou des groupes à risque

- Les moyens d'action sont les rencontres individuelles ou de groupe ainsi que le support à la mise sur pied et à l'animation des groupes d'entraide sur le développement des compétences parentales, interpersonnelles ou sociales.

L'action communautaire

- Les moyens d'action sont le soutien aux réseaux d'entraide et de participation communautaire qui ont pour but de favoriser la prise en charge, par la personne elle-même, de son bien-être psychique et émotionnel.

- Le soutien à la prise en charge individuelle et collective (empowerment) et à l'action du milieu sur les déterminants de la santé mentale, les conditions sociales et autres facteurs associés aux problèmes de santé mentale comme la pauvreté, les conditions de logement, le chômage, etc.

- Le soutien des activités de la communauté permettant la consolidation du tissu social et l'amélioration des milieux de vie.

MESURES
• **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que la gamme complète des services de promotion et de prévention en santé mentale soit offerte sur leur territoire en étroite collaboration avec les organismes communautaires et tous les autres acteurs concernés par ce secteur d'activités.** • **Confier à la Direction de la Santé publique le mandat de soutenir les CLSC et leurs partenaires dans l'actualisation de leur mandat en promotion/prévention.**

ÉTAT DE SITUATION

Les services actuels d'intervention en situation de crise ne sont pas suffisamment développés dans la région. Par exemple, les services d'urgence en milieu hospitalier sont surutilisés par des personnes présentant des problèmes de santé mentale qui ne nécessitent pas de soins psychiatriques spécialisés.

Le développement de services d'intervention en situation de crise devrait permettre d'accroître l'accessibilité horaire ainsi que la disponibilité, sur chaque territoire, à une gamme diversifiée et intégrée de services permettant de diminuer la tension, de prévenir les risques et d'orienter les personnes vers des services mieux adaptés à leurs besoins.

Les services d'intervention en situation de crise visent un changement d'habitude chez la population qui recherche d'abord un avis médical sur leurs difficultés, ce qui contribue à engorger les services d'urgence en milieu hospitalier.

ORIENTATION 2

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre du Québec entend mettre en place dans chacun des territoires la gamme complète des services d'intervention en situation de crise et rendre ces services accessibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

DESCRIPTION DU MODÈLE RÉGIONAL D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

Les objectifs :

- Permettre aux personnes en situation de crise de retrouver ou d'améliorer leur niveau de fonctionnement antérieur à la crise.
- Désamorcer les situations de crise dans le but de diminuer la tension, de prévenir la dangerosité et d'orienter les personnes vers les services adaptés à leurs besoins.

La clientèle :

- L'intervention en situation de crise est accessible à toutes les personnes vivant une situation menaçant leur santé mentale, un risque suicidaire, un trouble transitoire, ainsi qu'à toutes les personnes vivant des troubles mentaux graves.

Les catégories de crise :

La crise psychosociale

- La crise psychosociale implique un état d'agitation psychologique relativement de courte durée chez une personne confrontée à un problème important pour elle et qu'elle ne peut résoudre avec ses ressources habituelles.

L'urgence sociale

- L'urgence sociale réfère spécifiquement aux personnes dont la sécurité est compromise.

L'urgence psychiatrique

- L'urgence psychiatrique se caractérise par un état de désorganisation psychologique impliquant un niveau de dangerosité tel qu'une intervention médicale ou psychiatrique est requise.

La gamme des services d'intervention en situation de crise :

L'intervention téléphonique

- L'intervention téléphonique comprend l'accueil, le filtrage, l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité, le désamorçage, la mobilisation des ressources, le support et la référence.
- De façon générale, les services d'intervention téléphonique pour les situations de crise seront offerts 24 heures par jour 7 jours par semaine par les CLSC sur chacun des territoires. Ils seront offerts par le service Info-santé et sociale régionalisé en dehors des heures d'ouverture des CLSC. L'intervention téléphonique clinique sera effectuée par un intervenant social. Une ligne téléphonique sera réservée spécifiquement pour les intervenants et professionnels qui désirent faire appel aux services d'intervention de crise.
- De façon spécifique, les services d'intervention téléphonique pour les crises suicidaires seront offerts 24 heures par jour 7 jours par semaine par les Centres de prévention du suicide.

L'intervention immédiate dans le milieu

- L'intervention immédiate dans le milieu implique la présence d'un intervenant sur les lieux où se vit une situation de crise, lorsque la situation l'exige. Les intervenants doivent donc être disponibles en tout temps pour se rendre dans le milieu le plus rapidement possible. Le milieu est ici défini dans son sens large et peut inclure la salle d'urgence d'un CHSGS, les locaux d'un autre organisme ou tout autre lieu. Les demandes d'intervention en situation de crise provenant des professionnels des services d'urgence doivent être considérées comme des moyens d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins de la personne qui ne nécessite pas une hospitalisation.
- L'intervention immédiate dans le milieu comprend : le désamorçage, l'utilisation des techniques de résolution de problème, le support, la mobilisation des ressources, l'accompagnement, la référence et l'élaboration d'un plan d'action personnalisé.

- Ces services seront offerts 24 heures par jour 7 jours par semaines par les CLSC sur chacun des territoires.

Le suivi à court terme

- Le suivi à court terme est un ensemble de services qui s'exercent quand l'urgence de la situation ne nécessite pas une intervention immédiate mais peut attendre un délai de 24 heures. Le suivi à court terme comprend l'évaluation, le suivi de la crise (de 4 à 6 semaines), la référence et la relance.
- Ce service est offert par les CLSC sur chacun des territoires.

L'hébergement à court terme ou de dépannage

- Les services d'hébergement à court terme ou de dépannage sont de type sécuritaire. Ils doivent être privilégiés à l'hospitalisation.
- Ces services peuvent être offerts par les organismes communautaires ou par d'autres organismes et établissements. Il sera d'abord demandé aux organismes communautaires en santé mentale d'offrir les services d'hébergement à la clientèle vivant une situation de crise.
- Les CLSC ont la responsabilité de s'assurer que des ressources d'hébergement sont disponibles 24 heures par jour 7 jours par semaine pour la clientèle qui vit une situation de crise. Ils ont aussi la responsabilité de signer des ententes formelles avec les organismes communautaires ou les autres organismes ou établissements qui s'occupent d'hébergement pour assurer un lien de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise.

L'urgence et l'évaluation psychiatrique

- Les services d'urgence et d'évaluation psychiatrique sont offerts par les CHSGS ainsi que par les équipes de base formées à cette fin.
- Les CHSGS devront rendre disponible, à l'urgence, un environnement adapté et sécuritaire pour les personnes en situation de crise qui le nécessitent. Ils devront également s'assurer de mettre en place un mécanisme efficace d'évaluation psychiatrique préalable à l'hospitalisation.
- Les CLSC ont la responsabilité de signer des ententes formelles avec les CHSGS pour assurer un lien de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise.

L'hospitalisation de courte durée

- Les services d'hospitalisation de courte durée sont offerts par les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
- Les CLSC ont la responsabilité de signer des ententes formelles avec les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés pour assurer un lien de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise.

L'URGENCE SOCIALE DES CENTRES JEUNESSE

Dans le but de s'assurer de la complémentarité et de l'efficacité des services d'intervention en situation de crise pour les enfants et les jeunes, les Centres jeunesse et les CLSC devront convenir des modalités permettant d'intégrer les services d'urgence sociale au modèle régional d'intervention en situation de crise qui est proposés dans ce document.

LES CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES DU MODÈLE D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

L'accessibilité :

- La gamme complète de services doit être connue de la population et disponible en tout temps.

La rapidité d'intervention :

- Les normes associées à la rapidité de l'intervention demeurent à définir.

La continuité :

- La crise est un processus qui peut évoluer sur une période de quatre à six semaines. Il est donc essentiel de mettre en place des mécanismes formels qui assurent la poursuite de l'intervention de crise et la relance.

La complémentarité et le partenariat :

- Les services d'intervention en situation de crise s'inscrivent en complémentarité avec le réseau des services réguliers déjà existant. Il est nécessaire de respecter les missions de chacun des partenaires impliqués et de bien clarifier leurs rôles et leurs fonctions en regard de l'intervention en situation de crise. L'expertise des partenaires devrait être considérée pour favoriser l'accès rapide aux différents services d'intervention en situation de crise.

La sécurité des intervenants :

- Il arrive que des situations nécessitent des interventions dans le milieu, de jour comme de nuit. À ce sujet, il faut se rappeler qu'un des premiers principes de l'intervention en situation de crise est la sécurité de la clientèle et des intervenants. Ainsi, en aucun temps, les intervenants ne doivent s'exposer à des situations dangereuses.

La formation et le support clinique des intervenants sur les territoires :

- Une formation de base, pour l'intervention en situation de crise, doit être offerte à tous les intervenants qui seront appelés à agir sur le territoire. Cette formation doit inclure des stratégies d'évaluation de l'urgence et de la dangerosité. De plus, l'intervenant doit posséder une connaissance approfondie des partenaires avec qui il devra travailler en plus d'avoir accès à des activités de supervision clinique. Un mécanisme assurant le support clinique devrait être disponible en tout temps pour les intervenants qui répondront aux situations de crise de jour comme de nuit.

L'information à la population et aux organisations sur les territoires :

- Le modèle d'intervention en situation de crise et la gamme complète de services doivent être connus autant de la population que des organisations du milieu.

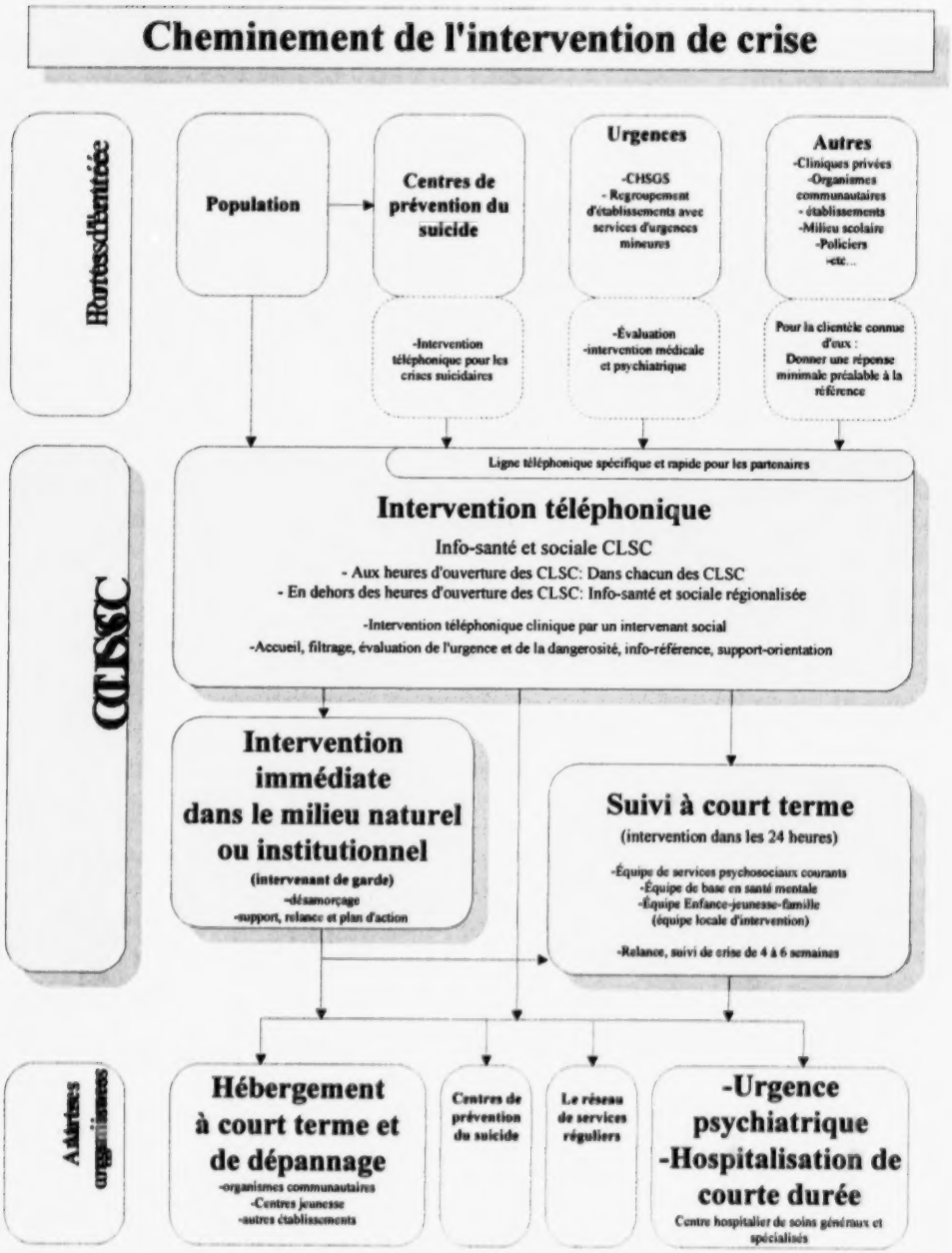
La coordination par territoire :

- Il est important que sur chacun des territoires, des mécanismes de coordination formels soient mis en place pour faire le suivi régulier du fonctionnement du modèle d'intervention en situation de crise.

Le respect des lois régissant les différentes clientèles :

- La gamme de services d'intervention en situation de crise doit s'appuyer sur l'application de la Loi 39 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, sur l'application de la Loi de la protection de la jeunesse et sur l'application de la Loi des jeunes contrevenants.

Schéma opérationnel du modèle régional d'intervention en situation de crise



MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat de mettre en place, dans leur territoire, les services d'intervention téléphonique, les services d'intervention immédiate dans le milieu, et les services de suivi à court terme pour les personnes en situation de crise.**

- **Proposer aux Centres de prévention du suicide d'offrir les services d'intervention téléphonique pour les personnes en crise suicidaire et leur entourage.**

- **Maintenir le mandat confié à chacun des CHSGS et aux regroupements d'établissements avec services d'urgence mineure d'offrir des services d'urgence et d'évaluation psychiatrique. Demander à ces établissements de rendre disponible, à l'urgence, un environnement adapté et sécuritaire pour les personnes en situation de crise qui le nécessitent et d'assurer un mécanisme efficace d'évaluation psychiatrique préalable à l'hospitalisation.**

- **Maintenir le mandat confié aux CHSGS d'offrir les services d'hospitalisation psychiatrique pour la clientèle en situation de crise lorsque la situation le requiert.**

- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer de l'accessibilité des services d'hébergement à court terme et de dépannage dans le cadre de l'intervention en situation de crise sur leur territoire. Les CLSC devront conclure des ententes formelles avec chacun des partenaires qui offrent ces services.**

- **Proposer aux organismes communautaires en santé mentale de maintenir leur implication actuelle auprès des clientèles en situation de crise, soit de les accueillir, de les orienter ou de les accompagner, lorsque requis, vers les ressources appropriées.**

- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que soit coordonné et évalué l'ensemble des services d'intervention en situation de crise sur leur territoire en collaboration étroite avec tous les organismes et les établissements impliqués.**

- **Confier à la Régie régionale le mandat d'organiser une formation de base pour l'ensemble des intervenants de la région qui seront appelés à intervenir en situation de crise et de planifier, en collaboration étroite avec les organismes et les établissements impliqués, une campagne médiatique permettant de faire connaître ces nouveaux services à la population.**

ÉTAT DE SITUATION

LA PROBLÉMATIQUE

Le comité jeunesse, dans son document *Agissons en complice* a observé, au cours des dernières années, une augmentation quasi constante du nombre de suicide chez les jeunes âgés de 10 ans à 19 ans, les garçons de 15 à 19 ans étant particulièrement touchés. Il constate aussi que le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15 –19 ans.

Le comité jeunesse ajoute que certains éléments sont susceptibles d'affecter la santé mentale des adolescents, comme : un questionnement difficile sur son orientation sexuelle, le fait d'évaluer négativement les relations avec les parents, d'avoir certains problèmes à l'école ou encore le fait de consommer de l'alcool ou des drogues de façon abusive.

Selon le rapport de l'*Enquête sociale et de santé* (1992-1993), les jeunes adultes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à avoir un niveau élevé de détresse psychologique. L'enquête montre plus particulièrement qu'une plus grande proportion de femmes (29%) que d'hommes (24%) ont un niveau élevé de détresse psychologique. Ces résultats régionaux sont similaires à ceux rapportés pour l'ensemble du Québec. En 5 ans, la proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique est passée de 19% à 27%. Ce phénomène touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans.

En regard de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, l'hyperactivité, suivie des troubles de l'opposition et des troubles de conduite constituent les troubles mentaux extériorisés les plus fréquents chez les jeunes de 6 à 14 ans. Pour les 6 à 11 ans, environ 7,5 % des enfants souffrent d'au moins un trouble mental extériorisé et cette proportion passe à 4,4 % chez les 12 à 14 ans. Parmi les troubles intériorisés, il y a la phobie simple dont celle de la noirceur, l'angoisse de la séparation, l'hyperanxiété et la dépression majeure pour la même catégorie d'âge (9,6 % chez les 6-11 ans et 14,2 % chez les 12-14 ans).

En octobre 1997, les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec identifiaient, dans leurs dossiers 60 enfants qui présentaient un problème de santé mentale. Trente-trois de ces enfants avaient un diagnostic de santé mentale et un grand nombre présentaient une ou des problématiques associées, dont la mésadaptation sociale dans 61% des cas. La moyenne d'âge de ces 60 jeunes était de 14 ans.

Enfin pour l'année 1997-1998, les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie de notre région ont vu plus de 600 enfants et jeunes souffrant de troubles reliés à la santé mentale.

Cela ne représente qu'un faible pourcentage de la réalité puisque tous les intervenants s'accordent pour dire que les troubles mentaux chez les enfants et les jeunes sont sous-évalués.

LES LACUNES DANS LES SERVICES ACTUELS

Le comité jeunesse, dans son rapport intitulé *Agissons en complice* identifie plusieurs lacunes concernant les services aux enfants et aux jeunes. Voici celles qui caractérisent particulièrement les services de santé mentale :

- Le manque de concertation et de cohérence entre les établissements et les réseaux de services et, conséquemment, entre les intervenants.
- Le manque de continuité, de cohérence, de rapidité et d'intensité dans l'intervention.
- L'inaccessibilité et l'insuffisance de certaines ressources.

La *Politique de santé mentale*, outre le manque de concertation entre les différents secteurs, identifie :

- Le cloisonnement et la fragmentation entre les divers secteurs de services.

Pour sa part, le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, précise que :

- L'accès à des services spécialisés est souvent difficile et lent.

Enfin le groupe de travail que la Régie régionale a mis sur pied en octobre 1998, en plus des lacunes déjà mentionnées, a identifié les suivantes :

- L'absence d'un réseau local structuré pour offrir les services de base en santé mentale aux enfants et aux jeunes.
- Le manque de formation et de soutien clinique des intervenants.
- Le manque de soutien pour les parents et les familles.
- La non-reconnaissance des compétences et des expertises de certains dispensateurs de services.
- Le manque de ressources financières et humaines pour offrir des services de base et des services spécialisés de qualité.

ORIENTATION 3

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place sur chacun des territoires la gamme complète des services de base pour les enfants et les jeunes qui présentent des troubles mentaux.

Objectif A

Mettre en place les équipes locales d'intervention tel que défini par le Comité jeunesse dans son rapport Agissons en complice (décembre 1998).

Le diagnostic posé par le comité jeunesse sur les services sociaux et de santé offerts aux enfants, aux jeunes et à leurs parents faisait état de plusieurs lacunes entourant l'organisation et la prestation des services. Les critiques les plus sévères soulignaient, outre la disponibilité relative de certains services, la difficulté pour les personnes qui désiraient de l'aide d'identifier la bonne porte d'entrée pour accéder aux services. La collaboration souvent difficile entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires de même que la discontinuité et la fragmentation des interventions sont autant de lacunes identifiées par le comité jeunesse.

Pour remédier à ces lacunes dans les services actuels, le comité jeunesse met principalement l'accent sur l'intégration des services. Les services intégrés correspondent aux critères suivants :

- La porte d'entrée aux services est à proximité des milieux de vie des enfants, des jeunes et de leurs familles.
- Une chaîne complète de services est disponible aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.
- Les intervenants et les professionnels du réseau et leurs partenaires travaillent en étroite collaboration de façon à permettre la continuité et la complémentarité des interventions.
- Le contenu de l'intervention et ses modalités sont adaptés à chaque personne selon la nature et l'intensité de ses problèmes.

Selon le comité jeunesse, une offre de services intégrés exige d'abord la coordination des interventions, à tout le moins des interventions qui reposent sur la collaboration de plus d'un intervenant, de plus d'un établissement ou de plus d'un partenaire. La mise en place des *équipes locales d'intervention* devrait permettre d'assumer cette coordination. Les équipes locales d'intervention par territoire seraient formées minimalement d'intervenants et de professionnels de l'équipe Enfance-jeunesse-famille du CLSC et du point de service local des Centres jeunesse, et pourraient s'adjoindre graduellement des intervenants des organismes communautaires, des centres de la petite enfance, des écoles, etc.

La Régie régionale adhère à cette recommandation du comité jeunesse car elle croit que celle-ci apportera une solution valable à la prestation des services pour les enfants et les jeunes qui vivent des troubles mentaux.

Pour maximiser l'efficacité des équipes locales d'intervention dans leurs actions auprès des enfants et des jeunes qui vivent des troubles mentaux, il est proposé qu'elles adoptent le concept d'intervenant pivot ou significatif auprès de la famille.

MESURE
• **Confier conjointement aux CLSC et aux Centres jeunesse le mandat de mettre en place les équipes locales d'intervention sur chacun des territoires et d'en définir le mode d'organisation en lien étroit avec les partenaires concernés**

Objectif B

Consolider les équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC.

Les équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC, dans leur composition actuelle, ne possèdent pas les connaissances et l'expertise nécessaires pour offrir la gamme complète des services de base en santé mentale chez les enfants et les jeunes.

L'ajout d'un psychologue apporterait les connaissances et l'expertise permettant à ces équipes d'offrir des services de base de qualité. Le rôle principal de ce professionnel sera d'agir à titre de consultant, d'agent multiplicateur de l'expertise en santé mentale, non seulement auprès de l'équipe interdisciplinaire Enfance-jeunesse-famille du CLSC dont il fera partie, mais aussi auprès de l'équipe locale d'intervention et des autres intervenants jeunesse de son territoire.

La norme retenue pour le calcul du nombre de postes requis par territoire est de 0,5 psychologue par 35,000 habitants, avec un seuil minimal de 0,4 poste, équivalent temps complet, pour les territoires qui n'ont pas 35,000 habitants.[1]

[1] Cette norme constitue l'apport professionnel minimal nécessaire à l'atteinte des objectifs visés par cette mesure. Un exercice de monitoring en accompagnera le développement afin d'assurer l'atteinte d'un niveau optimal d'efficience et d'efficacité.

La participation d'un omnipraticien à l'équipe interdisciplinaire Enfance-jeunesse-famille du CLSC permettrait d'intégrer l'expertise médicale aux autres expertises déjà présentes et assurerait la gamme complète de services de base pour les enfants et les jeunes.

MESURES
• **S'assurer de la participation d'un omnipraticien à chacune des équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC.** • **Bonifier les équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC, en y ajoutant un professionnel (psychologue) spécialisé en santé mentale chez les enfants et les jeunes.**

Objectif C

Rendre disponible dans chacun des territoires la gamme complète des services de base pour les enfants et les jeunes qui souffrent de troubles mentaux ou qui sont à risque d'en souffrir.

LA GAMME DES SERVICES DE BASE COMPREND LES SERVICES SUIVANTS

La promotion et la prévention :

- La promotion est un ensemble d'actions qui visent à donner aux populations les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé mentale et de l'améliorer en agissant sur les déterminants de la santé et en développant des conditions qui lui sont favorables.
- La prévention est un ensemble d'actions qui visent à réduire les problèmes de santé mentale et les facteurs de risque et à protéger les individus et les groupes présentant des risques d'être atteints ou affectés par des problèmes de santé mentale.

L'accueil, l'évaluation et l'orientation :

- Il s'agit ici de recevoir la demande; d'évaluer les besoins des enfants, des jeunes, de leur famille, de leur environnement, de leurs ressources et de leurs limites; d'identifier les services qui répondent à leurs besoins et de les référer s'il y a lieu.

Le « counseling » ou la thérapie :

- Il s'agit d'interventions individuelles et de groupe visant à aider l'enfant ou le jeune à atteindre ou à retrouver un fonctionnement personnel et social valorisant et à développer et soutenir les compétences parentales.

- Une attention particulière devrait être accordée aux jeunes de 15 à 18 ans qui présentent de multiples problématiques et qui se retrouvent en dehors des réseaux traditionnels comme celui de l'éducation ou du marché du travail.
- Une attention particulière devra aussi être accordée aux jeunes qui atteignent l'âge de 18 ans afin qu'ils continuent de recevoir les services que réclame leur état lors de leur passage à l'âge adulte.

Le répit/dépannage :

- Le répit est un ensemble de mesures planifiées visant à permettre aux familles ou aux proches de se procurer un temps de détente et de ressourcement.
- Le dépannage est un ensemble de mesures permettant à la famille et aux proches d'être remplacés auprès des enfants et des jeunes lors de circonstances graves et imprévisibles.

Le soutien et l'entraide aux parents :

- Le soutien et l'entraide sont une forme d'aide naturelle (non institutionnelle) destinée à la famille, qui vise à offrir diverses activités visant le partage du vécu lié au problème de santé mentale d'un enfant ou d'un jeune.

L'intervention en situation de crise :

- Référer au chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise.

L'application de cette gamme de services de base sur chacun des territoires aura comme effet de diminuer la liste d'attente actuelle pour les services spécialisés. En effet, plus les enfants et les jeunes recevront des services adaptés à leurs besoins, au moment opportun et dans leur milieu de vie, moins leur situation se détériorera et moins ils auront besoin de recourir à des services spécialisés.

MESURES

- **Confier aux équipes interdisciplinaires Enfance-jeunesse-famille des CLSC le mandat de mettre en place des activités de promotion et de prévention qui incluent des activités pour identifier les enfants et les jeunes qui sont à risque de présenter des troubles mentaux.**

- **Confier aux équipes locales d'intervention le mandat d'offrir les services d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de « counseling » ou de thérapie et de participer à l'intervention en situation de crise en collaboration avec les services d'intervention en situation de crise du CLSC.**

- **Confier aux équipes locales d'intervention, en collaboration avec les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, le mandat de mettre en place des activités de suivi spécifique concernant les jeunes de 15 à 18 ans qui présentent de multiples problèmes et qui se retrouvent en dehors des réseaux traditionnels comme celui de l'éducation ou du marché du travail.**

- **Confier aux équipes locales d'intervention et aux équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, en collaboration avec les services pour les adultes, le mandat de mettre en place des mécanismes de référence systématique pour préparer le passage à l'âge adulte des jeunes qui vivent des troubles mentaux.**

- **S'assurer que les parents qui ont des enfants et des jeunes qui souffrent de troubles mentaux aient accès à l'enveloppe budgétaire de répit/dépannage jeunesse. Les CLSC devront en favoriser l'accès à l'ensemble de leurs partenaires qui travaillent auprès des parents en besoin de ce service.**

- **Uniformiser dans l'ensemble du territoire les critères d'accès et les modalités de fonctionnement du programme répit/dépannage jeunesse. La Régie régionale procède à ces travaux en ce moment.**

- **Proposer à l'organisme communautaire Parents Partenaires le mandat d'offrir des activités de soutien et d'entraide pour les parents des enfants et des jeunes de la région. Parents Partenaires, s'il accepte, devra offrir ses activités dans chacun des territoires en collaboration avec les acteurs concernés.**

Objectif D

Améliorer les liaisons fonctionnelles entre les différents acteurs qui offrent des services de santé mentale aux enfants, aux jeunes et aux adultes.

Le manque de concertation entre les établissements et les réseaux de services est un problème qui fait des victimes précisément chez ceux qui ont besoin d'aide et de soutien. Les victimes sont, par exemple, les enfants «ping-pong» qu'on se renvoie mutuellement parce qu'ils ne correspondent pas à la bonne mission, les enfants qui se retrouvent «entre deux chaises» parce qu'il existe un manque de communication et de référence entre les intervenants des différents établissements et organismes. Autre exemple, les enfants et les jeunes soumis à des interventions qui se neutralisent parce qu'elles vont dans des sens différents, sans oublier ceux dont la situation s'aggrave parce qu'ils n'ont pas reçu les services appropriés au moment opportun ou encore ceux qui passent de l'adolescence à l'âge adulte et qui se retrouvent en bris de services.

La concertation n'est pas une panacée. Toutefois, elle peut permettre d'optimiser les efforts de chacun en vue d'une meilleure réponse aux besoins des enfants et des jeunes.

MESURE

- **Confier le mandat aux CLSC d'initier et d'animer la concertation entre les différents acteurs des territoires afin que la définition des liens fonctionnels entre eux face l'objet d'ententes formelles.**

ORIENTATION 4

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place la gamme complète de services spécialisés pour les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux et la rendre accessible le plus près possible de leur milieu de vie.

Objectif A

Consolider les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Pour assurer la gamme complète des services spécialisés, il faut des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie composées d'un nombre suffisant de professionnels leur permettant de répondre aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille.

Afin d'améliorer l'équité dans la distribution des services spécialisés et de constituer les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie pour qu'elles puissent répondre réellement aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille, la norme fixée est de 1 poste temps complet par 12 000 habitants comme étant le ratio souhaité d'ici l'an 2002. Ce ratio inclut la coordination et le personnel clérical. Par contre, il exclut les pédopsychiatres et les omnipraticiens[2].

MESURE

- **Consolider les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie pour qu'elles répondent à la norme de 1 poste temps complet par 12, 000 habitants d'ici l'an 2002 (incluant la coordination et le personnel clérical; excluant les pédopsychiatres et les omnipraticiens).**

Objectif B

Rendre disponible dans les territoires desservis par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés la gamme complète des services spécialisés pour les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux.

---

[2] L'équipe interdisciplinaire de pédopsychiatrie du CHCM fonctionne depuis quelques années avec un ratio d'un peu moins de 1 poste temps complet par 12,000 habitants. Nous avons pris cette équipe comme référence pour fixer la norme avec laquelle nous souhaitons consolider l'ensemble des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie de notre région.

LA GAMME DE SERVICES SPÉCIALISÉS COMPREND LES SERVICES SUIVANTS

L'évaluation pédopsychiatrique :

- Il s'agit d'une évaluation globale des problématiques transitoires ou sévères de santé mentale par le pédopsychiatre ou par l'équipe de professionnels en vue d'énoncer le diagnostic différentiel de l'enfant ou de l'adolescent et sa famille selon les classifications en vigueur (DSM-1V, CIM). Cette évaluation tient compte des composantes bio-psycho-sociales des maladies mentales. Les demandes d'évaluation sont de trois sources, soit : de la clinique externe sur référence médicale, du médecin traitant lors d'hospitalisation, des équipes locales d'intervention.

Le traitement spécialisé :

- S'inspirant de l'approche bio-psycho-sociale reconnaissant la nature multifactorielle de la maladie mentale, les traitements spécialisés proposent diverses mesures thérapeutiques interdisciplinaires en externe aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Il s'agit, entre autres, du traitement pharmacologique, psychothérapeutique individuel, de groupe ou familial, du traitement rééducatif, du counseling parental à l'acceptation du diagnostic, etc. Ces traitements sont requis principalement lors des phases aiguës de la maladie. Ils visent la stabilisation des symptômes, le rééquilibre psychique du jeune et la mobilisation de la famille à le supporter.

L'hospitalisation pédiatrique et pédopsychiatrique :

- L'hospitalisation pédiatrique (sous la responsabilité du médecin traitant avec accès à la consultation pédopsychiatrique) est un service qui répond à la très grande majorité des besoins en hospitalisation des enfants et des jeunes qui vivent des troubles mentaux. Pour ceux qui ont besoin d'une hospitalisation pédopsychiatrique, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés utiliseront des corridors de services avec des centres hospitaliers en dehors de la région.

L'expertise médico-légale :

- L'expertise médico-légale est un avis médical sur la santé mentale d'un enfant, d'un jeune et de sa famille. Elle est demandée par une autorité judiciaire ou administrative pour l'éclairer dans l'application d'une loi. L'expertise médico-légale s'applique en matière criminelle.

L'expertise psycho-légale :

- Un comité inter- ministériel « justice - santé et services sociaux » a été mis sur pied pour étudier la question de l'expertise psycho-légale. Ce comité est présidé par le juge en chef et celui-ci doit déposer ses recommandations le 31 mars 1999. Suite à ces recommandations, la Régie régionale pourra définir l'organisation de ces services pour la région.

Le support clinique auprès des intervenants et des professionnels des territoires :

- Il est important que les intervenants et les professionnels qui offrent les services de base aient accès à des ressources qui agiront, au besoin, comme soutien clinique auprès d'eux. Même s'ils ont la compétence et les capacités d'agir auprès de leur clientèle, ils devraient pouvoir compter sur l'appui d'une ressource experte s'ils le jugent nécessaire.

La formation des intervenants et des professionnels des territoires :

- Vu l'expertise et les connaissances que possèdent les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie, elles pourront participer, au besoin, à la formation des intervenants et des professionnels des services de base.

Presque tous ces services existent actuellement, mais certains d'entre eux, comme l'évaluation pédopsychiatrique et le traitement spécialisé, ne sont accessibles qu'après une attente de plusieurs mois. Ce problème d'accessibilité aux services pourra s'atténuer quand les services de base seront en place dans chacun des territoires, quand les équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie des centres hospitaliers seront consolidées et quand des liens fonctionnels efficaces seront établis entre les services de base et les services spécialisés.

MESURES

- **Confier aux équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie le mandat d'offrir l'évaluation pédopsychiatrique, le traitement spécialisé, l'expertise médico-légale, (sauf en matière criminelle) l'hospitalisation pédiatrique et pédo-psychiatrique, le support clinique et la formation auprès des intervenants et des professionnels des territoires.**

- **Confier à la Régie régionale, en concertation avec les CHSGS, le mandat de développer un corridor de services avec un CH hors région pour répondre aux besoins d'hospitalisation pédopsychiatrique de notre région.**

- **Confier au CHCM le mandat d'offrir les services d'expertise médico-légale en matière criminelle.**

- **Confier le mandat aux équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie de définir les mécanismes d'accès aux services spécialisés et de les faire connaître aux intervenants et aux professionnels des services de bases et à la population.**

Objectif C

Assurer aux jeunes qui vivent des problématiques multiples et qui ne peuvent pas fonctionner (à cause de leur pathologie) dans un centre de réadaptation des Centres jeunesse, des services d'hébergement, de traitement et de suivi qui répondent à leurs besoins.

Dans la région, quelques jeunes, qui vivent des pathologies lourdes (un ou deux diagnostics psychiatriques associés à des troubles de comportement, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle) sont incapables de s'intégrer aux unités du centre de réadaptation des Centres jeunesse. Pour ces jeunes, la vie de groupe est extrêmement difficile, augmente souvent la désorganisation et les symptômes psychiatriques et provoque le rejet de la part des autres jeunes. Par contre, ils ont besoin de services de traitement, de suivi et d'hébergement qui répondent à leurs besoins spécifiques.

Le groupe de travail que la Régie régionale a mis en place en octobre 1998, recommandait de ne pas créer une ressource intermédiaire structurée pour ces jeunes. Cette ressource serait trop onéreuse en regard du peu de jeunes susceptibles de l'utiliser. Le comité recommandait plutôt d'offrir à ces jeunes des services spécifiques adaptés à chacun d'eux.

MESURES

- **Libérer une enveloppe budgétaire spécifique pour offrir des services d'hébergement, de traitement et de suivi adaptés à chacun des jeunes qui ont une problématique multiple et qui ne peuvent pas fonctionner dans un centre de réadaptation des Centres jeunesse.**

- **Confier le mandat aux Centres jeunesse de gérer cette enveloppe avec la collaboration des équipes interdisciplinaires de pédopsychiatrie.**

ÉTAT DE SITUATION

En 1997, le document ministériel sur les orientations pour la transformation des services de santé mentale, précisait que les troubles mentaux qualifiés de sévères et persistants affectent entre 2 et 3 % de la population. Ce groupe de personnes consomme près de 80 % des journées d'hospitalisation psychiatrique au Québec, que ce soit dans les centres hospitaliers psychiatriques ou dans les départements de courte durée des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Actuellement, ce groupe très vulnérable ainsi que leur famille et leurs proches se retrouvent souvent sans soutien dans leur milieu de vie. Les atteintes des troubles mentaux graves et leurs effets dans la vie quotidienne portent généralement sur de longues périodes. De plus, une des caractéristiques de ces personnes réside dans le fait que plusieurs d'entre elles vivent l'isolement, méconnaissent les services ou se refusent à une démarche pro-active.

Historiquement, les services que le réseau pouvait offrir à ces personnes se résumaient à une intervention de type traditionnel, tels que l'hospitalisation, le suivi en clinique externe, le centre de jour, etc.

Dans la région, les services d'hébergement, de travail, de suivi non intensif dans la communauté et de développement des habiletés de vie quotidienne et sociale ont été développés ou consolidés soit par des organismes communautaires, soit par les CHSGS ou le centre hospitalier psychiatrique. Certains organismes communautaires ont pris l'initiative d'offrir certains services de type logement social. Ces services sont encore inégalement accessibles pour soutenir et maintenir les personnes dans leur milieu de vie.

Concernant l'intervention de crise, ce service est encore largement assumé par le réseau de soutien social des personnes, les services policiers et les urgences des CHSGS.

Le volet soutien aux familles et aux proches (entraide et répit) est à l'étape de consolidation. Quant à la ressource centre de jour, il semble y avoir un certain dédoublement, compte tenu que certaines activités composant cette ressource sont offertes autant par le milieu communautaire que par le milieu institutionnel.

En regard des services de traitements psychiatriques ambulatoires, chaque territoire dispose de services diversifiés (urgence psychiatrique, clinique externe, hôpital de jour, support aux partenaires du milieu).

Les sous-régions de Shawinigan et de Trois-Rivières possèdent des organisations structurées (C.I.C.) qui sont en mesure d'offrir du suivi intensif en équipe. Ce type de service n'est pas actuellement disponible dans l'ensemble des territoires.

En regard des services d'hospitalisation, l'ensemble des CHSGS adhèrent aux orientations régionales et ministérielles concernant le ratio lits/personnes et reconnaissent l'utilisation de l'hospitalisation comme ultime recours.

Le nombre de lits (74) du CH psychiatrique (CHCM/Site Sainte-Thérèse) correspond à la norme ministérielle. Des projets de développement de ressources résidentielles ont été concrétisés et d'autres sont en cours pour permettre à un certain nombre de personnes ayant un long profil d'hospitalisation de réintégrer la communauté. L'évaluation de l'ensemble de la clientèle hospitalisée a été effectuée et un rapport, faisant état des résultats, a été présenté au comité de pilotage stratégique en santé mentale à l'automne 1998.

En matière de concertation, de complémentarité et de continuité des services, certaines difficultés rencontrées sont souvent d'ordre administratif et politique plutôt que terrain. Ces difficultés proviennent souvent des préoccupations idéologiques, corporatives ou structurelles.

De plus, la collaboration intersectorielle attendue entre les partenaires concernés par les domaines du logement, du travail et du revenu, devra être améliorée.

La parution récente *du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (décembre 1998) précise que l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux graves et l'accès à des services dans leur milieu de vie sont les avenues privilégiées pour le développement des services de santé mentale.

La Régie régionale de la Mauricie Centre-du-Québec entérine les objectifs et mesures préconisés dans le document ministériel de 1998. Elle prend également en compte, pour définir les principales orientations et actions régionales, les résultats du groupe de travail qui a analysé l'état de la question concernant les adultes souffrant de troubles mentaux graves.

Le chapitre suivant porte sur les mesures appropriées pour opérationnaliser ces orientations en regard des services de :

- suivi dans la communauté
- intervention en situation de crise
- soutien pour la réponse aux besoins de subsistance
- traitement dans la communauté
- hospitalisation
- entraide
- soutien aux familles et aux proches
- loisirs, éducation et intégration au travail.

ORIENTATION 5

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place ou consolider huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants, et ce, le plus près possible de leur milieu de vie.

Objectif A

Consolider le suivi dans la communauté.

Le suivi dans la communauté suppose une gamme d'interventions de niveau et d'intensité variés, tant auprès de la personne elle-même que de son entourage. Le suivi dans la communauté prend différentes formes selon les besoins de la personne.

Le suivi intensif en équipe

Le suivi intensif en équipe vise les personnes les plus gravement atteintes et les plus vulnérables. De plus, plusieurs d'entre elles présentent des problèmes complexes (polytoxicomanie, déficience intellectuelle, judiciarisation, itinérance). Comptant environ dix intervenants, travaillant en équipe, par 100 000 personnes dans la population, ce service spécialisé de traitement dans la communauté vise à suppléer à des hospitalisations trop longues, ou encore à les prévenir[3].

Les aspects fondamentaux du suivi intensif en équipe sont d'établir une relation de confiance et de respect avec l'usager et de lui offrir un soutien constant et continu, même lorsque ses besoins évoluent et requièrent les services de différents partenaires.

Ce type de suivi s'accompagne d'une responsabilité à l'égard de la clientèle-cible, qui se manifeste dans les diverses dimensions de son environnement immédiat. Les liens nécessaires avec la famille, le voisinage, l'employeur et tous prestataires de services font partie intégrante de cette responsabilité. Le nombre de contacts, pour cette clientèle-cible, peut même être quotidien et varier de 2 à 4 heures chacun.

À l'exemple du modèle PACT, le rattachement administratif des équipes de suivi intensif au CHCM (vocation régionale santé mentale), fut une des conditions de succès et d'efficience des premières expériences de suivi intensif dans la région. Ce constat a également été reconnu aux niveaux ministériel et provincial. La présence de services intégrés de suivi intensif implantés depuis sept ans, à la satisfaction des différents partenaires, dans la sous-région du Trois-Rivières métropolitain, démontre l'exportabilité de ce modèle d'organisation.

---

[3] Dans le modèle de suivi intensif en équipe, le ratio d'intervenants est de 1 pour 10 personnes suivies. Pour identifier le taux de prévalence des personnes nécessitant un suivi intensif en équipe, la norme de 0,6 à 1 par 1000 habitants doit être appliquée (selon le Conseil d'évaluation des technologies de la santé).

MESURES

- **Confier au CHCM (vocation régionale santé mentale), le mandat de l'organisation du suivi intensif en équipe dans la région, et l'imputabilité des résultats en regard de ces services spécialisés, et ce, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires.**

- **Implanter le suivi intensif en équipe (5 équipes pour la région)* et le rendre accessible dans chacun des territoires, en tenant compte des caractéristiques du milieu (rural-urbain), de la densité et de la pondération de la population à desservir.**

* ***Regroupements des territoires :***

- ***1. Haut St-Maurice***
- ***2. Centre-Mauricie, Mékinac/Des Chenaux***
- ***3. Les Forges, Du Rivage, Valentine-Lupien, Nicolet-Yamaska, Les blés d'or***
- ***4. Suzor-Coté, de l'Érable***
- ***5. Drummond***

Le suivi non intensif dans la communauté

Pour les personnes moins gravement atteintes, le suivi communautaire d'intensité moindre est effectué par des individus plutôt que par des équipes. Le nombre d'usagers suivis par une seule personne varie selon les aptitudes et les besoins des usagers[4].

Ce type de suivi vise l'intégration de la personne dans la société et favorise davantage l'intégration à l'emploi, l'autonomie dans la vie quotidienne, la gestion du budget, etc. Le degré d'engagement de l'intervenant variera évidemment selon les besoins des personnes.

[4] Aucune norme validée n'existe quant à la détermination de ratios standardisés pour ce type de suivi. Cependant, la littérature démontre une tendance à l'effet que 1 intervenant pour 25 usagers serait pertinent pour un suivi de réadaptation, et que 1 intervenant pour 35 à 50 usagers serait applicable pour d'autres types de suivi.

MESURE

- **Confier aux CLSC le mandat d'élaborer, par territoire, un modèle d'organisation intégré du suivi non intensif dans la communauté par le biais de protocoles et d'ententes qui tiennent compte des caractéristiques du territoire et de l'expertise disponible (réseau et communautaire).**

Objectif B

Assurer la disponibilité, en tout temps, de l'intervention en situation de crise, pour la clientèle atteinte de troubles mentaux graves, ainsi que leur famille et leurs proches.

(Référer au Chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise.)

Objectif C

Consolider les services de soutien pour la réponse aux besoins de subsistance.

Pour certaines personnes souffrant de troubles mentaux graves, il est difficile de trouver une réponse adéquate aux besoins essentiels de l'existence, soit se loger, se vêtir, se nourrir. Les services dans la communauté doivent soutenir ces personnes dans la satisfaction de leurs besoins quotidiens.

Les personnes ayant des troubles mentaux graves préfèrent vivre dans des milieux de vie autonome. La diversité et l'assurance de normes minimales de qualité doivent être de mise dans l'accès au logement. Il est nécessaire de mettre en place des ressources rendant disponible le logement subventionné.

Le soutien à la personne aide à assurer sa stabilité. La présence d'une personne significative favorise un rehaussement de la qualité de vie. Le suivi dans la communauté et l'accompagnement doivent être accessibles à la personne, peu importe le type de milieu de vie qu'elle privilégie, afin de favoriser la qualité de ses rapports avec son environnement. L'intensité du soutien varie selon les besoins des personnes.

L'exercice du libre choix par les personnes, résulte en une meilleure satisfaction à l'égard de leur milieu de vie, une plus grande stabilité résidentielle et un meilleur bien-être émotionnel.

Pour les personnes présentant une autonomie moins grande, ou pour qui le mode de vie de logement social ne convient pas, ils doivent pouvoir compter sur une gamme de ressources résidentielles diversifiées et graduées (résidences d'accueil, ressources intermédiaires, résidences d'hébergement communautaire). Le chapitre 8 détaille les orientations et mesures concernant le réseau résidentiel.

Le but ultime est que chaque personne atteigne son plus haut niveau de fonctionnement autonome au sein du continuum de services résidentiels.

MESURES
• **Susciter des actions intersectorielles dans le domaine du logement social subventionné, sous le leadership de la Régie régionale.**
• **Proposer à un organisme communautaire le mandat de développer l'accès au logement social subventionné pour la région.**
• **Rendre les services de suivi dans la communauté accessibles à l'ensemble des personnes, et ce peu importe leur milieu de vie.**

Objectif D

Consolider l'accès au traitement dans la communauté.

La transformation des services doit permettre que se poursuivent et se développent les activités de traitement dans la communauté. Plusieurs études ont démontré qu'on peut réduire le nombre d'admissions à l'hôpital, pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, ainsi que le taux de réhospitalisation, en faisant appel à des modèles innovateurs.

Il est important de fournir différentes formes de traitement de façon coordonnée et continue, faisant partie d'un réseau intégré de services. Ce réseau inclut les équipes de base en CLSC, les services d'hébergement, le soutien à la famille, les services d'intervention en situation de crise et les ressources communautaires.

Les services spécialisés, tels que la clinique externe et l'hôpital de jour, doivent mettre l'accent sur une réponse adaptée aux besoins évolutifs des personnes présentant une symptomatologie persistante et complexe de même que favoriser pour ces dernières une participation communautaire soutenue.

Plusieurs personnes en phase de stabilisation ont également besoin d'aide pour établir des contacts avec les ressources de type centre de jour, pour le développement des habiletés personnelles et la resocialisation.

Le centre de jour peut être rattaché à un établissement ou être un organisme à but non lucratif. Idéalement, il devrait relever d'un organisme communautaire afin de renforcer l'ancrage social.

MESURES

- **Demander à chaque centre hospitalier de réévaluer le mode d'organisation de sa clinique externe ainsi que sa programmation afin d'ajuster ses activités en concordance avec les besoins évolutifs de la clientèle et en tenant compte de la nature spécialisée des services qu'elle doit offrir.**

- **Confier aux cliniques externes des centres hospitaliers le mandat de développer des services spécifiques pour les clientèles à problématiques multiples et ce, en complémentarité avec les partenaires du milieu.**

- **Prioriser le développement de programmation spécialisée à l'égard des jeunes psychotiques et des personnes présentant des troubles de personnalité limite dans les cliniques externes.**

- **Développer une expertise médicale régionale en matière de monitorage des nouvelles molécules pharmaceutiques et rendre accessible leur utilisation dans toute la région.**

- **Privilégier le développement du concept hôpital de jour à caractère spécialisé, en alternative à l'hospitalisation, et évaluer l'efficience de ce service en matière d'impact sur le profil d'hospitalisation et la satisfaction de la clientèle.**

- **Proposer aux groupes d'entraide usagers le mandat de développer des activités de centre de jour, et consolider leur budget d'opération afin qu'ils soient en mesure d'offrir ce type de service.**

Objectif F

Utiliser avec efficience les services d'hospitalisation.

Il est maintenant acquis que l'hospitalisation doit servir en priorité les personnes dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui ou qui présentent des problèmes complexes à traiter. Les services d'hospitalisation demeurent une composante essentielle du réseau de services.

La diminution anticipée des lits, de la durée de séjour, ainsi que du nombre d'hospitalisations aura pour effet d'augmenter la complexité et la lourdeur de la clientèle hospitalisée. Une révision des bases budgétaires concernant les coûts d'opération des lits d'hospitalisation sera donc nécessaire.

La mise en place d'une gamme de services diversifiés et d'intensité variable dans la communauté permet une réduction des durées de séjour hospitalier. Les personnes maintenues en établissement pendant de longues périodes ont généralement plus de difficultés à s'intégrer en société. Les besoins de services des personnes hospitalisées en longue durée varient beaucoup. Certaines personnes pourront intégrer différents milieux de vie, avec du soutien et de l'accompagnement d'intensité variée. Pour d'autres, la mesure ultime d'hospitalisation de long séjour est nécessaire en raison de la persistance, la complexité et le degré de sévérité de leur maladie.

De plus, le Québec vise à atteindre d'ici trois ans une durée moyenne de séjours de vingt jours en soins d'hospitalisation psychiatrique de courte durée. En santé mentale, l'organisation des services requiert un équilibre entre l'accès à des services dans la communauté et à des services d'hospitalisation. Il est donc impératif que la planification de la décroissance des lits s'actualise de façon cohérente, et en parallèle avec le développement de services ambulatoires.

La Politique de santé mentale indique une intention claire de diminuer l'hospitalisation et d'intensifier le recours à des solutions dans les milieux de vie. Ainsi, les balises ministérielles projettent de consacrer 60% de l'enveloppe budgétaire santé mentale à des services disponibles dans la communauté, et 40% à l'hospitalisation.

MESURES

- **Établir l'offre de services en lits d'hospitalisation de traitement de courte durée pour la région à 80 lits d'ici 4 ans, selon la décroissance suivante :**

  Mars 1999 : 120 lits
  Mars 2001 : 100 lits
  Mars 2003 : 80 lits.

- **Établir l'offre de services en lits d'hospitalisation de traitement de longue durée (vocation régionale CHCM) pour la région à 50 lits d'ici 4 ans, selon la décroissance suivante :**

  Mars 1999 : 70 lits
  Mars 2001 : 60 lits
  Mars 2003 : 50 lits.

- **Maintenir, de plus, 15 lits régionaux médico-légaux et 5 lits régionaux en déficience intellectuelle / santé mentale (vocation régionale CHCM).**

- **Évaluer à l'an 2001 l'impact de la décroissance des lits et le niveau d'implantation des services mis en place comme alternative à l'hospitalisation pour statuer sur le niveau optimal de lits à atteindre d'ici l'an 2003 et sur le réalisme du rythme de décroissance planifié.**

- **Garantir une enveloppe budgétaire de transition pour le développement ou la consolidation d'une gamme de services alternatifs préalable à la fermeture des lits d'hospitalisation.**

- **Atteindre, d'ici 3 ans, une durée moyenne de séjour hospitalier psychiatrique en CHSGS de 20 jours.**

- **Atteindre la norme ministérielle qui propose que la majorité des investissements des dépenses publiques soient consacrées à des services dans la communauté.**

Objectif F

Consolider l'organisation des services d'entraide usagers.

Le soutien par les pairs est reconnu comme un modèle d'entraide efficace. Les groupes d'entraide usagers favorisent le développement personnel en suscitant la participation à des activités de développement d'habiletés de vie quotidienne. Des activités liées à la vie associative y sont encouragées.

Leurs champs d'action touche le développement ou le maintien du potentiel personnel de chacun, tout en favorisant leur réinsertion à l'aide d'activités sociales, culturelles, récréatives, éducatives, artistiques et sportives.

Certaines personnes sont appelées à fréquenter le groupe d'entraide usagers pour une très longue période. Pour celles-ci, il est nécessaire de revoir périodiquement la programmation de manière à stimuler leur intérêt et leur évolution.

Les activités sont offertes le jour, le soir ou la fin de semaine, selon la disponibilité des ressources de l'organisme. Les activités de fin de semaine sont souvent absentes par manque de ressources suffisantes, mais très appréciées et très en demande par les personnes qui fréquentent les groupes d'entraide usagers.

MESURE
• **Proposer aux organismes communautaires d'entraide usagers l'élargissement de leur mission en leur confiant la gestion des activités de centre de jour pour qu'ils puissent consolider leurs services.**

Objectif G

Reconnaître les familles et les proches comme des partenaires privilégiés du réseau intégré de services.

Les familles s'attendent à recevoir de l'information, du soutien et des conseils sur la façon d'aider leurs proches. Le rôle que souhaitent jouer les parents et les proches est celui d'accompagnateur. Une façon de les supporter dans ce rôle est de développer des contacts entre les familles dans un contexte d'entraide. La vitalité et le bien-fondé des associations de parents et leurs proches ne fait aucun doute.

Pour supporter les familles et leurs proches, dans leur quotidien, il est primordial que tous les intervenants du réseau et les organismes communautaires prennent le temps de les informer et de les référer aux associations de famille.

De plus, les groupes d'entraide famille se préoccupent de la sensibilisation et de l'information auprès du public, indispensables pour enrayer les tabous et préjugés face à la maladie mentale.

La famille demeure l'un des principaux milieux de vie des personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Ce sont souvent les femmes qui jouent le rôle d'accompagnateur et de soutien. De ce fait, elles doivent, tout comme les autres membres de la famille jouant ce même rôle, avoir accès à des services de répit et à des groupes d'entraide.

Pour certaines femmes atteintes de troubles mentaux graves, le fait d'être mère vient ajouter à la complexité de leur situation. Il faut s'assurer que des ressources sont disponibles pour qu'elles puissent s'occuper de leurs enfants ou les faire garder en toute sécurité.

MESURES

- **Uniformiser les critères d'accès et les modalités de fonctionnement du programme répit-dépannage adulte santé mentale (responsabilité de la Régie régionale).**

- **Confier aux CLSC le mandat d'élaborer un protocole d'entente avec le groupe d'entraide parents de son territoire, en regard de la gestion du programme répit-dépannage santé mentale pour adultes.**

- **Confier aux CLSC la responsabilité de s'assurer que les équipes locales d'intervention Enfance-jeunesse-famille voient à l'émergence d'un programme conjoint (services Enfance-jeunesse et services adulte en santé mentale) spécifique à la formation, la sensibilisation et l'intervention auprès des mères présentant des troubles mentaux.**

Objectif II

Reconnaître l'importance des activités significatives et de l'intégration au travail comme facteur primordial de réinsertion sociale.

L'occupation à des activités significatives tels les loisirs et l'éducation sont jugées thérapeutiques. Le travail est considéré comme une voie privilégiée de réhabilitation et de réinsertion sociale.

Le modèle à développer est davantage l'exercice du droit au travail, plutôt que celui de l'intégration à l'emploi. L'intégration au travail devient une activité qui aide la personne à augmenter l'estime de soi et lui donner un but et un moyen de s'accomplir.

Les conditions de succès d'un programme d'intégration au travail sont :

- le respect des préférences des personnes
- l'accompagnement dans le milieu de travail pour permettre l'acquisition d'habiletés
- un milieu de travail souple et facile à adapter
- un soutien à la personne qui est continu, individuel et sans limite de temps.

Le soutien doit idéalement venir d'une personne de confiance qui connaît la situation de la personne, son fonctionnement, ses anxiétés et qui peut déceler les symptômes précurseurs d'une désorganisation. Les échecs au travail sont souvent causés par des événements qui se produisent hors du milieu de travail. La coordination et la complémentarité avec les autres services ainsi qu'un soutien hors des heures de travail sont essentiels.

Les actions intersectorielles, menées par plusieurs acteurs, visant à favoriser l'intégration sociale et le maintien dans le milieu naturel doivent être intensifiées.

Le travail occupe une position centrale dans la vie des gens. Son importance pour le maintien du bien-être psychologique est reconnue depuis longtemps. Il existe diverses formes d'intégration au travail, par exemple, une corporation de travail constituée en réseau et offrant des activités alternatives d'intégration au travail pour les personnes présentant des troubles mentaux graves. Cette forme d'économie sociale, qui vise à rapprocher le développement économique et social, représente une avenue fort intéressante pour l'intégration professionnelle des personnes qui manifestent des troubles mentaux graves.

MESURES

- **Susciter des actions intersectorielles par une participation active de la Régie régionale dans le domaine de l'intégration au travail.**
- **Supporter prioritairement des mesures qui visent l'exercice du droit au travail en identifiant un porteur de dossier intégration au travail à la Régie régionale, qui s'assurera de l'émergence de ce volet de service dans la région.**
- **Proposer aux organismes communautaires ayant une expertise en matière d'intégration au travail, le mandat de développer une corporation régionale d'intégration au travail, avec dispensation décentralisée des services en fonction d'un bassin de population suffisant.**

ORIENTATION 6

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend s'assurer de la réalisation adéquate du processus de réinsertion sociale pour l'ensemble de la clientèle de santé mentale de l'Hôpital St-Julien.

Objectif A

S'assurer de l'accessibilité à l'éventail des services ambulatoires et résidentiels requis pour la clientèle présentant des troubles mentaux graves, actuellement hébergée à l'Hôpital St-Julien.

Le *Plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie Bois-Francs,* de 1996, prévoyait la poursuite du mouvement d'intégration dans la communauté des personnes qui sont hébergées à l'Hôpital St-Julien.

En novembre et décembre 1997, le conseil d'administration de la Régie régionale maintient, par résolution, la demande qui a été acheminée au Ministre de la santé et des services sociaux d'autoriser la fermeture de l'Hôpital St-Julien en tant qu'entité juridique. L'établissement conserve un statut de CHSLD, et ce, pour la durée de la transformation.

L'Hôpital St-Julien héberge actuellement environ 60 personnes présentant des troubles mentaux graves. Pour s'assurer de répondre efficacement aux besoins de ces personnes, il est essentiel de savoir ce qu'elles souhaitent et ce dont elles ont besoin comme services.

En 1998, un groupe d'experts a été mandaté par la Régie régionale pour procéder à une évaluation clinique des personnes présentant des troubles mentaux graves. Les résultats de ce processus ont été présentés aux instances régionales et aux différents partenaires concernés en février 1999.

Les données du rapport d'évaluation permettront de faciliter l'élaboration des plans d'intégration individualisés pour chaque personne concernée, l'identification des services à développer dans la communauté et ainsi réunir les conditions nécessaires à leur réinsertion sociale.

L'adaptation et la transformation des ressources humaines constituent un défi important à relever pour la réussite de ce projet.

MESURES
_ **Confier à l'Hôpital St-Julien la responsabilité d'élaborer et de réaliser, en lien étroit avec le CHCM (vocation régionale santé mentale) et les autres partenaires concernés, un plan d'action faisant état de la planification de la réinsertion des personnes ayant des troubles mentaux graves et ce, en conformité avec les orientations régionales et ministérielles.** _ **Prévoir une stratégie de financement qui permettra le développement du continuum de services, ainsi que le financement des mécanismes de transitions nécessaires au succès de ce projet (formation, réseau résidentiel, suivi dans la communauté, etc.).** _ **Désigner le CHCM (vocation régionale santé mentale) comme entité responsable et ce, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires, du maintien des personnes dans la communauté suite à leur réinsertion.**

CHAPITRE 5 : PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES TRANSITOIRES OU DONT LA SANTÉ MENTALE EST MENACÉE

ÉTAT DE SITUATION

Plusieurs documents provinciaux et régionaux aident à baliser l'organisation des services en santé mentale. Ainsi le PROS en santé mentale, le plan de transformation ainsi que le projet de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale démontrent l'importance d'élargir la clientèle cible aux autres personnes ayant des problèmes de santé mentale même si les orientations ministérielles priorisent la clientèle souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Conséquemment, des actions seront mises de l'avant dès 1999, afin de rendre accessibles des services de base aux clientèles présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.

La clientèle :

Selon les données statistiques de du rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, la clientèle à risque ou présentant des problèmes de santé mentale a progressé pour atteindre un taux de détresse psychologique de 29 %. Environ 15 % de la population souffre de troubles mentaux transitoires ou persistants. Le contexte socio-économique actuel explique en partie cette progression.

La détresse psychologique constitue un facteur déterminant pour recourir aux professionnels des services sociaux et de santé. Les Québécois ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont eu plus fréquemment recours aux services de médecins (18% vs 14%) et aux autres professionnels (18% vs 13%) que les autres Québécois. Les personnes à faible revenu consultent davantage les médecins alors que le recours aux autres professionnels augmente avec le niveau de revenu et le niveau de scolarité. De façon plus spécifique, les personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont été plus nombreuses que les autres personnes à consulter un psychologue (1.9% vs 0,5%).

Les informations contenues dans l'Enquête Santé Québec indiquent que 64% des consultations ont lieu en cabinet privé, 11 % à la clinique externe d'un hôpital, 5% dans un CLSC, 5 % à l'urgence d'un hôpital et 4 % à domicile.

Les besoins :

Concernant l'implantation des services de base pour cette clientèle, des difficultés entourant la définition du concept de services de base en ont retardé le développement. De plus, les services d'intervention en situation de crise ne sont pas suffisamment implantés, ce qui entraîne fréquemment une utilisation inadéquate des services d'urgence en milieu hospitalier.

Un groupe de travail régional, mis en place par la Régie régionale en octobre 1998, a conduit des travaux portant spécifiquement sur les personnes présentant des troubles transitoires et les personnes dont la santé mentale est menacée. Il a identifié certaines lacunes existantes dans l'offre de services actuelle. Ainsi, des améliorations sont souhaitées sur les aspects suivant : la réponse à la crise, l'évaluation des besoins, les interventions thérapeutiques, les mécanismes d'accès rapides à une consultation médicale, des moyens pour briser l'isolement de la clientèle et la considération des familles et des proches dans le plan d'intervention.

Les services à implanter :

Les services de base doivent être en mesure d'offrir aux personnes le soutien émotionnel et matériel nécessaire pour les aider à développer des stratégies adaptatives. Ils doivent également les amener, dans une perspective d'appropriation de pouvoir, à améliorer leurs conditions de vie personnelles, familiales et collectives.

Les services de base comprennent le dépistage, l'accueil, l'évaluation, la réponse aux besoins ou encore l'orientation vers une autre ressource si nécessaire. Ils doivent être en mesure d'assurer la continuité des services, d'offrir une réponse à la crise, d'offrir des interventions psychosociales, du traitement psychologique, du suivi non intensif dans la communauté, du soutien et de l'entraide, du répit et du dépannage, etc.

L'implantation des services de base doit prioritairement servir à aider les personnes vivant des situations à risque : les personnes cumulant plusieurs facteurs de risque, celles sans soutien social, économiquement démunies ou inoccupées ainsi que leurs proches.

ORIENTATION 7

La Régie régionale Mauricie et du Centre-du-Québec entend définir le type et la nature des services de base pour les personnes souffrant de troubles transitoires ou pour les personnes dont la santé mentale est menacée et les implanter dans chacun des territoires.

Objectif A

Mettre en place dans chaque territoire, la gamme complète des services de base en santé mentale pour les adultes présentant des troubles transitoires ou une santé mentale menacée.

Définition des services :

Dépistage

- Il s'agit d'activités visant le dépistage de personnes vivant des problèmes de santé mentale ou encore des situations risquant de compromettre leur santé mentale, leur sécurité ou leur bien-être.

Accueil, évaluation et orientation

- Il s'agit ici d'être sensible aux personnes et de recevoir leurs demandes; d'évaluer leurs besoins, ressources et limites; d'identifier les services qui répondent à leurs besoins et de les référer s'il y a lieu.

L'écoute

- Il s'agit d'un support caractérisé par une écoute active centrée sur la personne en difficulté.

Les interventions psychosociales

- Il s'agit d'interventions psychosociales, individuelles, familiales ou de groupe, visant l'amélioration ou le maintien de la santé mentale des personnes. Elles leur permettent d'atteindre ou de retrouver un fonctionnement personnel et social adéquat et valorisant. Ces interventions s'inscrivent dans une approche globale et servent également à maximiser les capacités des personnes.

L'évaluation et le traitement psychologique

- L'évaluation psychologique vise à identifier la nature du problème de santé mentale afin de planifier le traitement psychologique. Il vise à éliminer ou réduire les symptômes attribuables au problème de santé mentale et à maintenir ou restaurer les capacités d'une personne afin qu'elle puisse les utiliser de façon optimale, quel que soit son milieu de vie. Tout en privilégiant une approche globale, le traitement psychologique vise principalement une intervention sur les dimensions affectives, cognitives ou relationnelles.

L'évaluation, le traitement et le suivi médical

- Les fonctions d'évaluation sont assurées par le médecin afin de poser un diagnostic. Le traitement et le suivi médical, dans le cadre des services de base en santé mentale, visent à traiter la personne et à lui offrir un suivi adéquat afin de prévenir les hospitalisations.

Le suivi non intensif dans la communauté

- Il s'agit d'un suivi d'une intensité moindre effectué par des individus plutôt que par une équipe. Le suivi communautaire regroupe des activités variant selon les modèles de référence, les clientèles, l'organisation locale des services , l'expertise disponible, etc.

L'intervention en situation de crise

- Référer au chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise.

Le support, le répit et le dépannage

- Le support consiste à planifier des activités ou des interventions permettant de supporter et d'écouter les personnes vivant un problème de santé mentale, leur famille ou leurs proches, en plus d'encourager le développement de leurs capacités ou compétences.
- Le répit est un ensemble de mesures planifiées visant à permettre à la famille et aux proches d'une personne vivant des problèmes de santé mentale, de se procurer un temps de détente et de ressourcement.
- Le dépannage est un ensemble de mesures permettant à la famille et aux proches d'être remplacés auprès de la personne vivant des problèmes de santé mentale, lors de circonstances graves et imprévisibles.

Le soutien et l'entraide

- Le soutien et l'entraide constituent une forme d'aide naturelle (non institutionnelle) offrant diverses activités visant à briser l'isolement et à partager le vécu lié au problème de santé mentale d'une personne. Cette aide s'adresse soit à la personne, soit à sa famille ou ses proches.

LA CONTINUITÉ DES SOINS

En lien avec l'évaluation ou l'intervention, il devrait exister des mécanismes de liaison, d'accompagnement et de relance permettant d'assurer la continuité des soins.

- Les mécanismes de liaison permettent la transmission de l'information pertinente à qui de droit en fonctions de modalités prédéterminées.
- Le mécanismes d'accompagnement assurent la présence d'une personne ressource pour des fins d'accompagnement vers un autre service.
- Par la relance, l'intervenant vérifie si la personne a obtenu une réponse adéquate à ses besoins.
- Les mécanismes assurant la continuité des soins devraient prévoir un accès rapide à une consultation médicale.

MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat de s'assurer que la gamme complète des services de base en santé mentale est disponible pour les personnes souffrant de troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.**

- **Proposer aux organismes communautaires en santé mentale de maintenir, de façon générale, des services visant le développement communautaire dont des activités d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de soutien, d'entraide, de support, de répit et de dépannage.**

- **Maintenir le mandat confié aux CHSGS d'offrir un accueil et une orientation adéquate pour l'ensemble des clientèles qui se présentent à leurs services.**

Objectif B

Implanter ou consolider, dans chacun des CLSC, une équipe de base en santé mentale.

LES ÉQUIPES DE BASE EN CLSC

Les professionnels de l'équipe de base s'assurent de maintenir ou de développer un haut niveau d'expertise dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, l'équipe de base offre des services spécifiques de traitement aux personnes présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée et développe un modèle d'organisation intégré de suivi non intensif dans la communauté.

Dans le cadre de la transformation des services en santé mentale, le développement des compétences devient primordial afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité des services en santé mentale.

L'équipe de base doit maintenir et développer l'expertise nécessaire pour offrir du soutien clinique et agir comme conseillère auprès de ses partenaires qui en manifestent le besoin. De plus, par le niveau d'expertise qu'elle réunit, l'équipe de base doit permettre des discussions interdisciplinaires en plus d'assurer l'évaluation de l'état de santé mentale de la clientèle en association avec un service de psychiatrie.

L'équipe de base est responsable d'offrir des activités visant le développement des compétences en santé mentale sur son territoire. Ainsi, elle organise et sollicite la participation des partenaires pour des activités de formation visant, entre autres, à maximiser le potentiel des personnes (empowerment). L'apport des milieux

communautaires et institutionnels est hautement souhaité pour le partage d'expertise et l'organisation des activités de formation.

LA COMPOSITION DES ÉQUIPES DE BASE EN CLSC

Afin d'offrir de tels services, l'équipe de base en CLSC doit assurer la participation d'un médecin et d'un psychologue. La proportion minimale d'effectifs assurant la composition de l'équipe de base en santé mentale est de un professionnel ayant une expertise en santé mentale par 25 000 habitants. Un seuil minimal de 1 intervenant à temps complet doit être assuré pour les territoires qui n'ont pas 25 000 habitants[5].

DÉLAIS D'ACCÈS OPTIMAL

Les services de l'équipe de base doivent permettre d'éliminer les délais d'accès aux services d'évaluation psychologique.

L'ÉVALUATION

Des fonctions majeures en santé mentale sont attribuées aux CLSC dans le cadre de la présente transformation. Les CLSC devront statuer sur des critères permettant d'évaluer leur performance par rapport à l'accès aux services ainsi que sur les délais acceptables pour les recevoir.

LA CONCERTATION

L'implantation des services de base sur chaque territoire nécessite la mise en place de mécanismes de concertation ainsi que de mécanismes de liaison entre les différents dispensateurs de services en santé mentale (Référer au chapitre 13 : Concertation et formation continue).

---

[5] Cette norme constitue l'apport professionnel minimal nécessaire à l'implantation des équipes de base en santé mentale des CLSC. Un exercice de monitoring accompagnera le développement de ces équipes afin d'assurer l'atteinte d'un niveau optimal d'efficience et d'efficacité. Cette norme exclut les ressources associées à l'intervention en situation de crise, au suivi non intensif dans la communauté et l'ajout de psychologues aux équipes enfance-jeunesse-famille des CLSC.

MESURES

- **Confier aux CLSC le mandat de mettre en place, au sein de leur organisation, une équipe de base en santé mentale.**
- **Confier aux équipes de base des CLSC le mandat d'offrir minimalement les services suivants :**
  - **des services d'évaluation, de traitement et de suivi médical**
  - **des services spécifiques d'évaluation, de traitement et de suivi psychologique**
  - **des services de suivi non intensif dans la communauté en collaboration avec les partenaires concernés**
  - **des services de soutien clinique et de formation aux intervenants de leur territoire.**

Objectif C

Assurer le soutien nécessaire à la famille et aux proches d'une personne vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.

La famille et les proches manifestent souvent le besoin d'obtenir de l'information sur les ressources en santé mentale. De plus, ils se questionnent sur les moyens d'aider la personne vivant des difficultés ou cherchent, à leur tour, à obtenir du support ou de l'accompagnement. Une aide appropriée permet de rassurer ces gens qui constituent souvent le réseau de soutien social le plus important pour la personne présentant des problèmes de santé mentale.

MESURE

- **Proposer aux groupes d'entraide parents d'élargir leur clientèle à la famille et aux proches d'une personne présentant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée.**

ÉTAT DE SITUATION

La problématique

En 1995, 1 442 québécois se sont enlevés la vie, ce qui représente un taux de 19,5 pour 100 000 personnes. 80 % des suicides étaient commis par des d'hommes. Chez les hommes, 3 décès par suicide sur 4 surviennent avant l'âge de 50 ans. Chez les femmes, le plus grand nombre de décès est observé entre 40 et 54 ans. Les femmes sont plus nombreuses, par contre, à tenter de mettre fin à leurs jours. Les femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'hospitalisation, suite à une tentative de suicide. Enfin, le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de moins de 30 ans. Les hommes utilisent généralement des moyens plus violents pour se suicider que les femmes. Le Québec est l'un des endroits au monde où l'on connaît le plus haut taux de décès par suicide.

Au Québec, la région se retrouve au 4^{e} rang avec un taux de mortalité par suicide de 22,9 par 100 000 habitants. On y dénombre autour de 110 suicides par année et plus de 2 400 tentatives de suicide.

Les services actuels

Actuellement, 5 centres de prévention du suicide desservent l'ensemble des territoires de la région. Ces centres sont financés, de façon inégale, à l'intérieur du budget SOC de la Régie régionale.

L'expertise, de même que les services offerts par ces centres de prévention du suicide sont différents d'un à l'autre. Bien qu'ils offrent tous des services d'intervention téléphonique, l'accès à ces services varie entre eux. L'intervention téléphonique est assumée par des bénévoles formés à cet effet et supervisés par des professionnels. Tous les centres offrent des activités de sensibilisation et de prévention dans le milieu. Certains offrent des services aux proches de personnes suicidaires et aux personnes endeuillées par le suicide et sont en mesure d'instaurer différents programmes à l'intention de clientèles particulières. La plupart des centres offrent aussi aux écoles la possibilité de signer des protocoles de postvention.

Les CLSC, avec le service Info-santé implanté depuis 1993, offrent un service d'intervention téléphonique auprès de l'ensemble des clientèles dont la clientèle suicidaire. Ils offrent aussi, par leurs services psychosociaux courants, un suivi individualisé pour cette clientèle. Tout comme les centres de prévention du suicide, leur expertise et leur accessibilité varient d'un CLSC à l'autre.

Plusieurs autres intervenants ou professionnels offrent des services d'aide pour leur clientèle qui vivent des problèmes reliés au suicide. On pense ici aux professionnels des écoles, des centres jeunesse, des hôpitaux, des organismes en toxicomanie ou en violence conjugale, des organismes du système judiciaire comme les corps policiers, etc.

Enfin, le groupe de travail mis en place par la Régie régionale en octobre 1998 a identifié un certain nombre de lacunes concernant les services pour la clientèle suicidaire :

- Le manque de cohérence dans la planification régionale des services
- L'inaccessibilité et l'insuffisance de certains services
- Le manque de concertation et de liens fonctionnels entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les centres de prévention du suicide et les autres dispensateurs de services
- Le manque de formation et de soutien clinique des intervenants et des professionnels sur les territoires.

ORIENTATION 8

La Régie régionale entend mettre en place dans la région la *Stratégie québécoise d'action face au suicide.*

En février 1997, le ministre Rochon déposait la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Elle visait les objectifs suivants :

- Favoriser les interventions en promotion/prévention auprès des jeunes.
- Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens.
- Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités.
- Intervenir auprès des groupes à risque.
- Assurer et consolider la gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants.
- Améliorer les compétences professionnelles.
- Intensifier et diversifier la recherche.

Objectif A

Assurer un leadership régional pour l'application de la stratégie québécoise d'action face au suicide.

Plusieurs secteurs sont concernés par la prévention du suicide : la santé et les services sociaux, l'éducation, le milieu de travail, etc. Afin de s'assurer de la complémentarité, de la cohérence et de la continuité des services en prévention du suicide dans la région, il apparaît nécessaire d'identifier un établissement et un professionnel responsable de l'application de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

Mesure
• **Confier le leadership de l'application régionale de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* à la Régie régionale.**

Objectif B

Rendre disponible pour chacun des territoires la gamme essentielle de services.

LA GAMME ESSENTIELLE DE SERVICES COMPREND

L'intervention téléphonique 24/7 :

- L'accessibilité téléphonique se fera 24 heures par jour et 7 jours par semaine. L'intervention téléphonique comprend l'évaluation, l'intervention de crise et, si nécessaire, la référence pour la prise en charge et le suivi. L'intervention téléphonique concerne à la fois les personnes suicidaires, leur entourage et les endeuillés par suicide.

L'intervention de prise en charge :

- Le risque suicidaire ne devrait jamais être invoqué pour disqualifier des services requis. Au contraire, cela devrait augmenter la priorité de l'intervention. Ainsi, pour les clientèles à risque déjà connues dans différents réseaux, il est souhaitable que l'intervention de crise suicidaire soit offerte par ces mêmes réseaux. Pour les clientèles qui ne sont pas déjà prises en charge, un établissement local devrait se charger d'offrir ces services.

- L'évaluation du risque suicidaire et de l'urgence de la situation n'est pas une intervention réservée aux spécialistes. L'intervention peut s'appuyer sur des services professionnels réguliers, sans en dépendre totalement. Ces services peuvent être accessibles dans les différents organismes ou établissements locaux comme les centres d'accueil, les CLSC, les cliniques privées, etc.

- L'intervention de prise en charge comprend une évaluation complète et détaillée, l'aide requise, le suivi et la relance.

La postvention :

- La postvention comprend les services d'intervention post-traumatique (debriefing) individuels et de groupe, les services individuels et de groupe aux endeuillées par suicide et l'application de protocoles de postvention dans le cas où le suicide ou la tentative de suicide se produirait dans un milieu extérieur comme dans les écoles ou les milieux de travail. Ces protocoles de postvention définissent les responsabilités de chacun des intervenants et des professionnels du milieu et précisent les actions qu'ils devront poser s'il survient un suicide ou une tentative de suicide dans un milieu scolaire ou un milieu de travail.

La promotion et la prévention :

- Il est important d'agir en amont des problèmes. La *Stratégie québécoise d'action face au suicide* propose deux avenues pour y arriver. D'une part, améliorer les compétences personnelles et sociales chez les enfants et les jeunes en privilégiant le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Cette priorité d'action doit être réalisée de façon continue et s'inscrire tout au long du cheminement préscolaire et scolaire. Il y aurait avantage à sensibiliser les directions d'école, les professionnels et les enseignants ainsi que les différentes instances du milieu scolaire pour encourager la mise au point de stratégies d'entraide et de soutien entre pairs. D'autre part, développer une expertise sur la prévention du suicide auprès des jeunes.

MESURES
• **Proposer aux Centres de prévention du suicide d'offrir les services d'intervention téléphonique 24/7 et de négocier des ententes avec les CLSC afin que ceux-ci leurs réfèrent les appels concernant les personnes en crise suicidaire.**
• **Confier le mandat aux organismes et aux établissements sur les territoires d'offrir, selon leurs capacités et leur expertise, les services d'intervention de prise en charge de la clientèle suicidaire dont ils ont la charge.**

- **Confier le mandat aux CLSC d'offrir les services d'intervention de prise en charge de toute personne qui n'est pas déjà commue par les autres organismes ou établissements.**

- **Proposer aux Centres de prévention du suicide de négocier, avec chacun des organismes et établissements qui offrent des services d'intervention de prise en charge, des ententes formelles qui leur permettront de référer rapidement et efficacement la clientèle qui a reçu des services d'intervention téléphonique et qui désirerait recevoir ces services.**

- **Confier le mandat aux CLSC d'offrir sur leur territoire, les services d'intervention post-traumatique (debriefing) individuels et de groupe et les services d'intervention individuelle pour les personnes endeuillées par suicide.**

- **Proposer aux Centres de prévention du suicide d'offrir les services d'intervention de groupe pour les endeuillés par suicide (masse critique).**

- **Proposer aux centres de prévention du suicide de signer des protocoles de postvention en priorité avec les milieux scolaire et ensuite avec les milieux de travail.**

- **Confier le mandat aux CLSC de s'assurer que des activités de promotion et de prévention soient réalisées sur leur territoire en collaboration étroite avec les Centres de prévention du suicide.**

Objectif C

Assurer un soutien clinique aux intervenants et aux professionnels des territoires.

Il est important que les intervenants et les professionnels aient accès à des ressources qui agiront au besoin comme soutien clinique auprès d'eux et de pouvoir compter sur l'appui d'une ressource experte s'ils jugent que le cas devient trop lourd.

MESURE
• **Proposer aux Centres de prévention du suicide d'offrir le soutien clinique 24/7 aux intervenants et aux professionnels des territoires.**

Objectif D

Former les intervenants et les professionnels des territoires sur l'intervention auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par suicide.

DEUX CONTENUS DE FORMATION DOIVENT ÊTRE MIS AU POINT

- L'identification des personnes suicidaires, l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, l'intervention de crise auprès des personnes suicidaires et de leur entourage, et la postvention.
- Une meilleure connaissance des mécanismes de référence et des ressources pour les personnes suicidaires, leur entourage et les gens endeuillés par suicide.

Les intervenants et les professionnels seront formés pour optimiser leurs compétences sur le plan de l'évaluation du risque suicidaire, de l'intervention de crise, et de la prise en charge, ce qui inclut le traitement et le suivi.

Il faudra s'assurer de l'évaluation et de l'adaptation des programmes de formation à l'intention de l'ensemble des intervenants susceptibles d'agir auprès d'une clientèle suicidaire.

Enfin, il faudra s'assurer que tous les omnipraticiens soient formés sur le diagnostic des troubles dépressifs, les troubles d'adaptation et les plans de traitement.

MESURES

- **Proposer aux Centres de prévention du suicide de développer des programmes de formation adaptés aux besoins des intervenants et des professionnels et de mettre à la disposition des organismes et des établissements des formateurs accrédités par l'Association Québécoise de Suicidologie.**

- **Collaborer avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère pour l'organisation de la formation pour les médecins omnipraticiens. Ce mandat revient à la Régie régionale.**

Objectif E

Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours.

Les mesures préventives associées aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours se sont révélées des expériences positives en matière de prévention du suicide. Lorsque l'on réduit l'accès à un moyen, on augmente la possibilité pour la personne qui voulait s'enlever la vie de surseoir à son geste. De plus, lorsqu'il y a déplacement vers un autre moyen et que la létalité est moindre, cela a pour conséquence de limiter les décès ou de réduire la gravité des blessures dans les cas de tentatives de suicide. Il faut donc encourager et mener à bien les initiatives qui permettent de limiter l'accès à certains moyens.

Il est important de promouvoir et de voir à l'implantation d'actions visant à réduire l'accès à certains moyens facilitant le suicide ou à minimiser les risques qui y sont associés. Ces actions sont les suivantes :

- Mettre au fait les intervenants et les professionnels des territoires sur les procédures à suivre à l'égard de la présence d'une arme à feu chez une personne suicidaire.
- Sensibiliser les policiers sur les dispositions législatives qui permettent de saisir une arme à feu chez une personne suicidaire.
- Faire des représentations auprès du ministère de la Sécurité publique et des forces policières concernant les lois sur l'entreposage et l'enregistrement des armes à feu pour s'assurer de leur application.
- Inventorier les lieux à risque de suicide et évaluer la pertinence de modifier ces endroits.

- Rencontrer les responsables des services à domicile pour les sensibiliser à l'importance de se débarrasser des médicaments non utilisés et de convenir avec eux d'une stratégie de récupération.
- Demander à Transports Canada d'apporter des modifications aux normes de fabrication automobile pour réduire les décès causés par le monoxyde de carbone.

MESURE
• **Confier le mandat au Groupe Santé publique de la Régie régionale de mettre en place les actions portant sur les risques associés aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours.**

CHAPITRE 7 : PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

ÉTAT DE SITUATION

LA CLIENTÈLE :

Le trouble envahissant du développement (TED) est un phénomène complexe et très spécifique. Heureusement, l'état des connaissances a évolué depuis la découverte de l'autisme par Léo Kanner en 1943. Après réflexion, le comité de travail, formé par la Régie régionale en octobre 1998, a choisi d'utiliser le terme « trouble envahissant du développement » (TED) plutôt que «autisme » afin de rejoindre la majorité de la clientèle susceptible d'obtenir ces services spécialisés. Étant un diagnostic complexe et long à poser, il arrive fréquemment, surtout lorsque les premiers signes apparaissent durant la petite enfance, que le pédopsychiatre utilise un diagnostic de trouble envahissant du développement pour ensuite confirmer vers l'âge de 5 - 6 ans le diagnostic d'autisme qui, à ce moment, devient plus facile à établir.

Ce groupe de travail a convenu d'utiliser la même classification que celle du DSM IV en regard des troubles envahissants de développement :

- le trouble autistique
- le syndrome de Rett
- le syndrome d'Asperger
- le trouble désintégratif de l'enfance
- les troubles envahissants du développement non spécifiés (y compris autisme atypique).

Le nombre exact de personnes autistes au Québec n'est pas connu, pas plus qu'en Mauricie ou au Centre-du-Québec. Toutefois, le taux de prévalence reconnu par l'Association américaine de psychiatrie est de 4 à 5 autistes par 10 000 habitants, soit 3000 à 4000 au Québec et environ 240 dans la région. Malheureusement, il demeure très difficile de répertorier le nombre exact de personnes puisqu'actuellement, elles se retrouvent dans différents programmes et structures du réseau.

PORTRAIT DES SERVICES :

Présentement, les services offerts à cette clientèle sont incomplets et peu appropriés. De plus, on retrouve un manque de cohérence et de cohésion entre les établissements qui offrent ces services. Depuis longtemps, les familles et les proches des personnes vivant avec un trouble envahissant du développement se voient offrir des services qui ne leur conviennent pas. Trop souvent, ces personnes se sont retrouvées assises entre deux chaises, ne sachant trop vers quelle structure se tourner afin d'obtenir les services adéquats qui répondent à leurs besoins.

Peu ou pas d'expertise a été développée pour cette clientèle. Un organisme communautaire à St-Boniface, (*Autisme-Mauricie*), qui a comme premier mandat la défense des droits de ces personnes, offre aussi des services de répit et de camp de vacances adaptés à la clientèle. Ce même organisme travaille à développer des ateliers de travail spécialisés pour ces personnes qui seront offerts ultérieurement. Il y a aussi, dans la région du Centre-du-Québec, un centre privé de stimulation précoce pour cette même clientèle (*l'Envol*).

Jusqu'ici, la clientèle des troubles envahissants du développement ne trouve pas vraiment sa place dans le réseau. Par exemple, bien que les Centres jeunesse ont comme mandat l'hébergement, c'est dans les ressources des Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI) qu'ils doivent aller recruter les familles d'accueil. Il arrive fréquemment que les adultes ne fonctionnent pas bien dans les ateliers adaptés de travail en déficience intellectuelle et ne peuvent avoir accès à ceux du réseau de la santé mentale à cause de leur trouble de comportement trop dérangeant. C'est à ce jeu de chaise musicale que le réseau et les familles ne veulent plus jouer. Enfin, l'énergie et les coûts engendrés sont énormes.

Selon le guide de planification et d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, «(...) trop de personnes et de familles ne reçoivent aucun service. Les passages entre différents services se soldent pour elles par de longues périodes d'attente et se font au prix de recherches laborieuses, car les établissements ne pouvant répondre aux besoins particuliers de certaines personnes, ils doivent les réorienter (...) les ressources humaines et financières sont éparpillées et ne sont pas répertoriées à l'intérieur des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. » (MSSS, 1996, p.29).

En terminant, le groupe de travail mis cn place par la Régie régionale en octobre 1998 a adapté, à la région, le continuum de services proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son guide de planification et d'évaluation :

- Sensibilisation
- Identification des cas
- Stimulation précoce
- Support à la famille et aux proches
- Évaluation globale
- Stimulation spécifique
- Milieu scolaire
- Hébergement pour les jeunes
- Services aux adultes.

C'est à partir de ce continuum que devront être planifiés, organisés et évalués les futurs services dans la région.

ORIENTATION 9

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec entend mettre en place ou consolider la gamme complète de services pour la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement.

Objectif A

Confirmer le CSDI comme établissement responsable de planifier, actualiser, coordonner et évaluer la gamme de services pour la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement.

Cette organisation devient imputable à la Régie régionale des services offerts à la clientèle et responsable du continuum de services.

Un « Service régional des troubles envahissants du développement » devra être mis en place afin de créer une entité de service indépendant à l'intérieur de la structure du CSDI afin de respecter la philosophie d'intervention auprès de cette clientèle.

Étant une clientèle qui requiert les services de plusieurs niveaux du réseau, il est important que le CSDI crée des liens de partenariat avec :

- Autisme Mauricie
- Centre de stimulation l'Envol
- Centre de réadaptation InterVal
- Pédopsychiatrie
- Médecins et pédiatres
- Centre de la petite enfance
- CLSC
- Milieu scolaire
- Centres hospitaliers.

MESURES

- **Confier au CSDI le mandat de mettre en place la gamme de services pour la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement.**
- **Confier au CSDI le mandat de mettre en place un Service régional des troubles envahissants du développement .**
- **Confier à la Régie régionale le mandat de planifier une démarche d'évaluation de la gamme de services pour cette clientèle, en collaboration avec CSDI.**

Objectif B

Renseigner la population et l'ensemble des intervenants en regard des troubles envahissants du développement.

Le CSDI devra utiliser différents moyens d'information et de sensibilisation afin de faire connaître les principales caractéristiques des personnes souffrant de troubles envahissants du comportement, les services disponibles dans la région et l'existence d'approches favorisant l'apprentissage et le développement des capacités des personnes aux prises avec ce problème.

Les organismes communautaires comme Autisme Mauricie et l'Envol ainsi que les CLSC sont des interlocuteurs privilégiés pour transmettre l'information auprès de la population.

MESURES

- **Confier au CSDI le mandat, en collaboration avec les CLSC et les organismes communautaires de sensibiliser et d'informer la population.**
- **Confier au CSDI le mandat d'informer l'ensemble des partenaires, incluant les médecins, sur la gamme de services et la porte d'entrée.**

Objectif C

Identifier le plus tôt possible les enfants présentant un trouble envahissant du développement.

Vu l'état des connaissances, il est impossible à ce moment-ci de prévenir l'apparition d'un trouble envahissant du développement, puisque les causes sont encore inconnues.

Il faut donc s'assurer de mettre en place les moyens permettant de détecter le plus rapidement possible les signes d'apparition d'un trouble envahissant du développement. Les expériences démontrent qu'une stimulation hâtive et un programme approprié permettent à l'enfant de progresser et facilite son intégration future dans les différents milieux.

En vue de faire une bonne identification de cas dans les différents milieux (CLSC, Centre de la petite enfance), des instruments d'identification devront être développés et diffusés par le CDSI.

Étant une période difficile et angoissante pour les parents et les proches du jeune enfant, il est important qu'un support leur soit offert dès le tout début de la démarche d'identification.

Cette nouvelle façon de faire nécessite le développement dans la région, d'un partenariat entre les différentes structures déjà existantes.

MESURE
• **Confier au CSDI le mandat de former les intervenants des centres de la petite enfance (référence au protocole d'entente : Pour l'intégration des enfants ayant un handicap en services de garde), les intervenants des CLSC et les médecins appelés à identifier les enfants présentants des troubles envahissants de développement.**

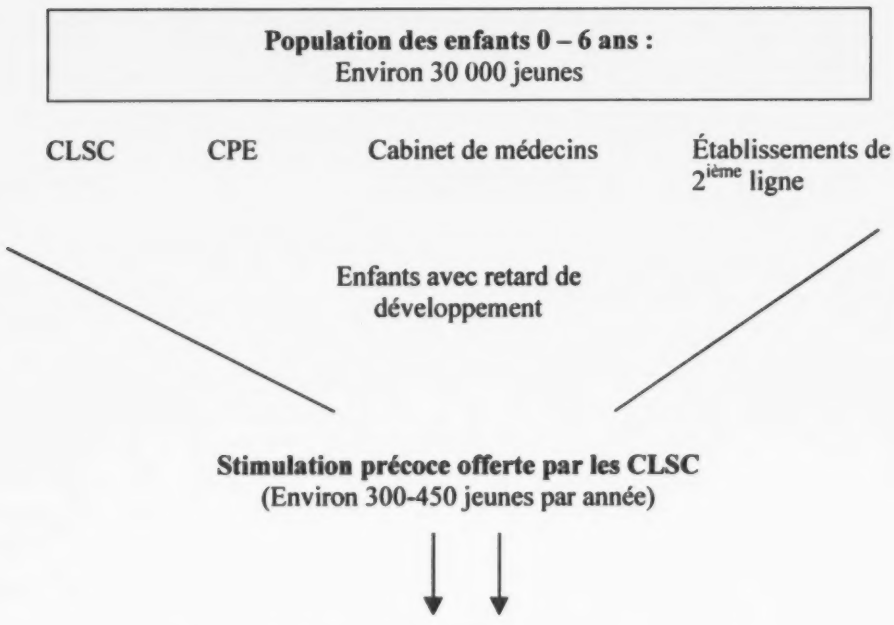
Objectif D :

Reconnaître les CLSC comme étant la porte d'entrée pour la clientèle présentant un retard de développement.

Les CLSC, les centres de la petite enfance, les cabinets de médecins et autres organismes de deuxième ligne dont les Centres jeunesse, CSDI et les services externes de pédopsychiatrie, sont tous susceptibles de recevoir parmi leur clientèle des enfants ayant un retard de développement. En observant le schéma, à la page suivante, tous ces organismes et établissements doivent référer ces enfants vers les programmes de stimulation précoce des CLSC.

Lorsque la stimulation précoce ne donne pas des résultats satisfaisants une référence est faite au « Service régional des troubles envahissants du développement » du CSDI.

En somme, l'important pour les familles ou les proches est de connaître la porte d'entrée pour obtenir des services.



MESURES
• **Confier aux CLSC la responsabilité d'être la porte d'entrée pour les enfants présentant une retard de développement.** • **Sensibiliser les médecins de famille, les pédiatres et les centres de la petite enfance à l'importance de référer les enfants avec un retard de développement au CLSC.** • **Confier au CSDI le mandat d'établir un protocole de collaboration avec les équipes de stimulation précoce des CLSC pour la prise en charge des enfants ayant un retard sévère.**

Objectif E

S'assurer que toutes les familles ont un soutien adapté à leur besoin.

Préserver l'existence d'une dynamique harmonieuse au sein de la famille et maintenir l'enfant près des siens suppose que la famille et les proches soient soutenus. Il faut aider la famille à structurer son environnement et à développer une qualité de vie pour le couple, la fratrie et les proches. Il est aussi nécessaire de favoriser le maintien ou le développement de l'équilibre psychosocial sur les plans personnel, conjugal, familial et social.

Il faut prévoir un volet de formation pour les intervenants qui auront à agir dès le début auprès de ces familles. C'est au CLSC, dans les ateliers de stimulation précoce, que les parents se verront confirmer leur doute quant aux comportements bizarres de leur enfant. Les intervenants devront être en mesure de les orienter rapidement et de les soutenir de façon adéquate.

Très tôt, il est important que les familles se sentent bien accompagnées et orientées. Les intervenants des CLSC devront être bien renseignés sur la gamme de services offerts, sur les ressources d'entraide et les services disponibles dans chacun des territoires.

L'important est que les familles n'aient plus à cogner à différentes portes du réseau pour finalement trouver le bon endroit pour leur enfant. Ils seront dès le départ supportés et orientés à l'endroit qui répondra le mieux à leur besoin.

MESURES

- **Confier aux CLSC en collaboration avec les groupes d'entraide de parents le support aux familles et à leurs proches.**
- **S'assurer que les parents auront accès au programme de répit/dépannage, et au programme de transport/hébergement offert par les CLSC.**

Objectif F

S'assurer de mettre en place un protocole clair et précis déterminant les étapes de l'évaluation globale.

L'évaluation globale comprend : l'évaluation médicale, l'évaluation en pédopsychiatrie et l'évaluation par l'équipe responsable de la stimulation spécifique.

En ce qui concerne l'évaluation médicale, un protocole devra être établi par une équipe de médecins (pédopsychiatre et pédiatre). Une fois complété et accepté, ce protocole devra être connu de tous les milieux qui auront à orienter les familles en vue d'un diagnostic ou de services de stimulation spécifique.

MESURES
• **Confier au CSDI le mandat de désigner un intervenant responsable de l'ensemble des évaluations.**
• **Confier au CSDI le mandat de soutenir une équipe médicale (pédopsychiatre et pédiatre) afin d'élaborer un protocole d'évaluation médicale.**

Objectif G

S'assurer que tout enfant ayant un retard de développement reçoit une stimulation spécifique appropriée à ses besoins.

Cet objectif vise particulièrement les enfants 0 à 5 ans identifiés comme ayant un retard de développement. Ce programme de stimulation sera établi en tenant compte des différentes techniques déjà existantes : TEACCH, analyse comportementale appliquée (Lovas), thérapie d'échange et de développement et Zélazo.

La philosophie d'intervention doit privilégier le fait de rejoindre les enfants directement dans leur milieu de vie (par exemple : maison familiale, milieu de garde, maison de la famille, programme PACE). En conséquence, les intervenants en stimulation spécifique devront collaborer avec les CLSC (programme de stimulation précoce), les Centres de la petite enfance, le milieu scolaire, la pédopsychiatrie et les organismes communautaires.

Le programme entier de stimulation spécifique devra être conçu en partenariat avec tous les secteurs qui ont à intervenir auprès de cette clientèle.

Dans la région de Victoriaville, le Centre de stimulation L'Envol a depuis quelques années déjà développé une expertise en stimulation spécifique. Une collaboration entre L'Envol et le CSDI sera fort intéressante afin de développer un programme régional de stimulation spécifique.

Le programme de stimulation spécifique devra faire des liens avec la pédopsychiatrie, et ce, afin que le médecin qui évalue l'enfant puisse aussi connaître l'évolution de celui-ci et faire ses recommandations.

La prise en charge de l'enfant et de sa famille pour débuter le programme de stimulation spécifique devra se faire dans un délai maximal d'un mois suivant la recommandation. L'intensité de la stimulation devra être de 25 heures semaine pour au moins six mois. Il faut aussi s'assurer que le milieu dans lequel l'enfant évolue puisse poursuivre le travail effectué par les intervenants spécialisés. Les intervenants de l'équipe de stimulation spécifique ont, entre autres, comme mandant d'agir comme agents multiplicateurs dans les milieux afin de rendre les gens autonomes le plus possible.

MESURE
• **Confier au CSDI, en collaboration avec le Centre de stimulation L'Envol, le mandat de développer un programme régional de stimulation spécifique pour la clientèle souffrant de troubles envahissants du développement.**

Objectif II

Établir une collaboration entre le CDSI et les cinq commissions scolaires des régions Mauricie et Centre du Québec.

Actuellement, le réseau scolaire éprouve souvent de la difficulté à offrir des services adaptés à ces jeunes. L'expertise qui sera développée par le CSDI pourra servir à informer et soutenir les milieux scolaires dans leur démarche d'éducation auprès des jeunes.

Un travail important est aussi à faire auprès des parents qui sont souvent inquiets des services que leur jeune reçoit dans le réseau scolaire. Il faut clarifier leurs attentes, expliquer les programmes en place et bien définir le rôle des intervenants dans les écoles. Les deux personnes ressources du ministère de l'Éducation se sont montrées très intéressées à travailler en partenariat avec l'établissement responsable afin de mettre sur pied les ressources nécessaires.

MESURES

- **Confier au CSDI la responsabilité de créer une collaboration avec les personnes ressources du Ministère de l'éducation en vue de développer des services scolaires adéquats pour les personnes vivant avec un trouble envahissant du développement.**

- **Confier au CSDI la responsabilité d'établir des protocoles avec les Commissions scolaires et Autisme Mauricie pour des stages de travail adaptés à cette clientèle.**

Objectif I

Offrir un hébergement de qualité répondant adéquatement aux besoins des jeunes (0-17 ans) vivant avec un trouble envahissant du développement ne pouvant résider au domicile familial.

Le Centre de services en déficience intellectuelle joue déjà un rôle important dans l'hébergement des enfants ayant un trouble envahissant du développement. Il faut toutefois penser que les responsables de RTF n'ont jamais reçu de formation et qu'il arrive qu'elles se sentent dépassées par les comportements de l'enfant. Tout comme les intervenants, ces familles auront besoin de recevoir de la formation sur la façon d'intervenir adéquatement auprès de cette clientèle.

Dans ce type de placement, il ne faut pas oublier la famille naturelle de l'enfant qui souvent en est venue à cette option suite à un épuisement. Il s'avère important de continuer à l'impliquer auprès de l'enfant et de lui fournir le support nécessaire.

MESURE

- **Confier au CSDI, en partenariat avec Autisme Mauricie, la responsabilité de créer un réseau d'hébergement répondant aux besoins des jeunes ne pouvant résider au domicile familiale.**

Objectif J

Offrir des services d'hébergement, de travail et de loisirs de qualité, adaptés et répondant aux besoins des adultes de 18 ans et plus ayant un trouble envahissant de développement.

Après la période scolaire, il arrive fréquemment que les jeunes adultes ne se trouvent pas de place dans le réseau. Les ateliers pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ne répondent pas à leur besoin; le travail répétitif et de longue durée ne correspond pas du tout au profil de ces personnes. Ils développent alors des troubles de comportement très dérangeants pour le milieu de travail et cette désorganisation se fait aussi souvent ressentir dans leur milieu de vie. Il faut donc régulièrement les retirer et les retourner à la maison.

On retrouve aussi, ce type de problématique sur le plan de l'hébergement et des loisirs. Autisme Mauricie a développé un projet qui vise à répondre aux besoins d'hébergement, de travail et de loisirs de ces jeunes adultes. Ce projet n'est actuellement pas en fonction, mais les infrastructures sont prêtes à recevoir la clientèle. Une collaboration entre le CSDI et Autisme Mauricie sera importante à développer pour bien répondre aux besoins de cette clientèle adulte.

MESURES

- **Confier au CSDI, en partenariat avec Autisme Mauricie, le mandat de développer pour l'ensemble de la région un continuum de service d'intégration socio-professionnelle allant de l'atelier de travail au travail régulier.**

- **Confier au CSDI, en partenariat avec Autisme Mauricie, le mandat de développer pour l'ensemble de la région un réseau d'hébergement spécifique pour les adultes qui le requiert.**

Objectif K

Assurer une coordination adéquate des plans de services individualisés pour l'ensemble des personnes vivant avec un trouble envahissant du développement.

Il y a actuellement une coordonnatrice qui effectue les plans de services individualisés pour la clientèle autiste de la région. Elle s'occupe à rechercher et à mettre en place les services nécessaires à la personne et à sa famille. Il n'y a pas d'uniformité dans les

services offerts et il arrive régulièrement que ceux-ci tiennent sur d'anciens arrangements fragiles entre institutions. Il faudra dorénavant confier cette tâche au CSDI et redéfinir ces fonctions.

MESURE
• **Confier au CDSI le mandat d'élaborer et de coordonner les plans de services individualisés afin que les services nécessaires au bien-être du client et de sa famille soient mis en place.**

Objectif L

S'assurer que des activités de formation sont offertes aux intervenants appelés à travailler auprès de cette clientèle

Actuellement, il est difficile de trouver une formation adaptée aux besoins du réseau; les formateurs étant peu nombreux au Québec et très coûteux. Cependant, la Société québécoise de l'autisme commence à offrir une série de formations spécifiques à cette clientèle (quelques intervenants de la région y sont inscrits).

Lorsque le Service régional des troubles envahissants du développement sera mis en place, il faudra rapidement commencer à former les intervenants. De plus, chacun des secteurs qui a à travailler auprès de cette clientèle, aura comme responsabilité d'aller chercher la formation nécessaire pour assurer une intervention adaptée et de qualité auprès de ces personnes et de leur famille.

MESURES
• **Confier au CSDI le mandat de former les intervenants du Service régional des troubles envahissants du développement .** • **S'assurer que les intervenants ayant bénéficié de formations agissent comme agents multiplicateurs auprès des personnes gravitant autour de la clientèle**

CHAPITRE 8 : RÉSEAU RÉSIDENTIEL

ORIENTATION 10

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec reconnaît l'importance de l'émergence d'un réseau structuré de ressources non institutionnelles comme milieu de vie substitut ou comme alternative à l'hospitalisation.

Objectif A

S'assurer du développement et de la consolidation d'une gamme variée de ressources résidentielles adaptées aux besoins multiples des différentes clientèles.

Les *Orientations ministérielles pour la transformation des services de santé mentale* (1997) et le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998) confirment la nécessité de revoir l'organisation du réseau résidentielle de la région.

Afin de bien répondre aux besoins évolutifs de la clientèle, il est essentiel de fournir à la personne qui éprouve des problèmes de santé mentale un hébergement stable, adapté, à prix abordable et accompagné d'un soutien à long terme pour qu'elle puisse s'intégrer dans son milieu. Il y a actuellement deux tendances quant aux moyens d'atteindre cet objectif, soit l'hébergement individuel ou la cohabitation dans un réseau résidentiel gradué et diversifié. Un modèle unique ne saurait convenir à la grande diversité des incapacités fonctionnelles qui affectent certaines personnes.

Les ressources résidentielles doivent être variées et remplir diverses fonctions : soutien, services de base, réadaptation, intervention de base à spécialisée et d'intensité variable.

De toute évidence, la personne concernée devrait avoir la possibilité de décider de son milieu de vie, à la lumière des choix qui s'offrent à elle. Pour ce faire, il faut être en mesure d'offrir un large éventail de ressources résidentielles dans la communauté et ce, le plus près possible du milieu naturel.

La Régie régionale est très sensible à cet important volet du continuum de services. C'est dans cet esprit que le conseil d'administration de la Régie régionale, le 12 novembre 1997, a confirmé la nécessité de mettre sur pied un comité de pilotage stratégique au regard des ressources non institutionnelles. Ce comité a pour mandat de faire des recommandations à la Régie régionale, afin de mieux répondre aux besoins des usagers vivant dans des ressources non institutionnelles, c'est-à-dire les ressources de type familial, les ressources intermédiaires, les ressources d'hébergement communautaire et les résidences d'hébergement privé. L'objectif général de ces travaux étant de proposer un modèle d'organisation clinico-administratif des ressources non institutionnelles plus efficace et plus efficiente.

Un rapport préliminaire a été déposé, en novembre 1998, au conseil d'administration de la Régie régionale et suivi d'une période de consultation du 4 décembre 1998 au 26 janvier 1999. Par la suite, le comité de pilotage stratégique des RNI déposera son rapport final au conseil d'administration de la Régie régionale pour fin d'adoption au 31 mars 1999.

Compte tenu de l'ampleur de ces travaux, il apparaît prématuré de déterminer avec précision les mesures qui baliseront le réseau résidentiel.

Par ailleurs, une vue d'ensemble des travaux permet de dégager quelques éléments clés qui sont déterminants à la transformation du réseau résidentiel en santé mentale.

MESURES
– **Confier au CHCM (vocation régionale santé mentale) conformément aux travaux en cours sur les ressources non institutionnelles (RNI), la responsabilité de la gestion clinico-administrative du réseau RTF et RI.**
– **Demander au CHCM (vocation régionale santé mentale), suite à l'adoption des recommandations RNI, de faire une analyse exhaustive des besoins de la clientèle vivant en ressources résidentielles RI et RTF, et proposer à la Régie régionale un plan de transformation, de consolidation et de développement déconcentré au plan régional, et ce, en concordance avec les besoins évolutifs de la clientèle.**
– **Confier au CHCM (vocation régionale santé mentale) la responsabilité de mettre en place des ressources résidentielles adaptées et de dimensions réduites. Ces ressources spécialisées et normalisantes devront être disponibles et accessibles pour la clientèle présentant des troubles mentaux graves à réintégrer dans la communauté. Pour ce faire, il faudra réserver une enveloppe budgétaire distincte à ce projet.**
– **Proposer aux organismes communautaires qui offrent présentement de l'hébergement la possibilité d'offrir des services résidentiels temporaires (90 jours maximum) « hébergement-dépannage » répartis équitablement par regroupement de territoire de CLSC.**
Prévoir une stratégie financière, sous la responsabilité de la Régie régionale, pour supporter la consolidation et le développement de RI et RTF, ainsi que pour le soutien aux organismes communautaires d'hébergement temporaire (SOC)

CHAPITRE 9 : ORGANISATION MÉDICALE

ÉTAT DE SITUATION

Les médecins psychiatres se répartissent inégalement au Québec. En moyenne, l'ensemble du Québec compte 1 psychiatre par 8 611 habitants. La grande majorité des effectifs en psychiatrie se retrouve à Montréal avec 1 psychiatre par 4 151 personnes et à Québec avec 1 psychiatre par 5 487 personnes. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se situe parmi les régions les plus démunies avec 1 psychiatre par 26 104 personnes.

En mars 1999, selon les bassins de desserte des centres hospitaliers, les effectifs en médecins psychiatres pour la région se répartiront ainsi :

BASSIN DE DESSERTE	Prévision des effectifs en médecins psychiatres	Nombre de psychiatre par population
CSSS de la Saint-Maurice Population : 16 473	aucun	
CHCM : CHSGS Population : 82 727 CHCM : Ste-thérèse Population : 488 136	1,8 psychiatres[1] 3,9 psychiatres	1 / 45 960
CHRTR Population : 172 649	3,8 psychiatres[1]	1 / 45 434
CSSS N-Y Population : 42 998	1,2 psychiatres[2]	1 / 35 832
Ste-Croix Population : 85 296	3 psychiatres[1]	1 / 28 432
HDA Population : 87 993	5 psychiatres[1, 3]	1 / 17 599
RÉGION 04 POPULATION : 488 136	**18,7 psychiatres**	**1 / 26 104**

1. Inclut une pédopsychiatre
2. 1 psychiatre prendra sa retraite en décembre 1999
3. Exclut 0,4 psychiatre de St-Julien; deux médecins psychiatres itinérants

Annuellement, un peu plus de trente résidents en psychiatrie terminent leur spécialité. Malheureusement, la région n'attire pas un grand nombre de nouveaux psychiatres. La pénurie de psychiatres occasionne des insatisfactions pour les médecins psychiatres qui travaillent dans la région : surcroît de travail, peu de temps pour développer des projets pertinents (par exemple des cliniques pour jeunes psychotiques), difficulté d'avoir du temps pour la formation médicale continue, etc. De plus, les partenaires vivent des inconvénients de la rareté de ces ressources dont le peu de support pour les médecins de famille et des délais plus longs pour des consultations.

Dans les années 1980, les médecins ont initié un programme novateur de formation pour habiliter et supporter les médecins de famille désirant prendre en charge des malades psychiatriques. Ce programme a connu un succès avec les médecins de Drummondville et de Shawinigan.

En janvier 1998, le Collège des médecins du Québec rendait public un rapport intitulé : *Accessibilité aux soins psychiatriques et aux services en santé mentale au Québec*, dont les orientations s'inspirent du programme de la région.

Quatre types de recommandations ont été proposés par le Collège :

Recommandations relatives à la pratique médicale :

- Que le médecin psychiatre, dans le cadre de sa pratique professionnelle, accorde la priorité à l'accès à la consultation et au soutien professionnel du médecin référant, ce qui signifie être disponible pour donner suite rapidement à une demande de consultation qui lui est adressée.
- Que le médecin de famille assume le suivi du malade en fonction des recommandations du rapport de consultation et selon ses compétences en santé mentale.
- Que par l'entremise du Conseil d'éducation continue, soient mises sur pied et rendues accessibles aux médecins de la région des activités éducatives en psychiatrie.

Recommandations relatives à l'organisation des services :

- Qu'un département clinique régional de psychiatrie soit mis sur pied et regroupe tous les médecins psychiatres cliniciens exerçant dans la région.
- Que les médecins psychiatres attachés cliniquement à un département clinique se partagent les obligations relatives à la couverture des soins psychiatriques de deuxième ligne, en donnant priorité au médecin de première ligne.
- Que les chefs des départements voient à établir les liens nécessaires avec le futur chef du département régional.
- Que les chefs de ces départements soient des leaders qui participent activement à la transformation des services de santé mentale de leur territoire et, qu'en ce sens, ils soient des interlocuteurs privilégiés des régies régionales et des partenaires, dont les équipes de base en CLSC sur leur territoire.

Recommandations relatives à la distribution des ressources :

- Que des démarches soient faites auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux pour que les citoyens de la région aient accès à des soins spécialisés en psychiatrie et à des ressources suffisantes pour procéder à la transformation des services de santé mentale.

Recommandations relatives aux soins et aux services à des clientèles particulières :

- Que les programmes de formation des médecins accordent une attention particulière aux problématiques de santé mentale que présentent les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les itinérants.
- Que les services de pédopsychiatrie soient considérés comme des services spécifiques et organisés en fonction de bassins de desserte à portée régionale.

Un groupe de travail se penchera sur la faisabilité d'actualiser, pour la région, le modèle proposé par le Collège des médecins.

Dans les orientations sur l'organisation des services en santé mentale, l'importance des médecins de famille en CLSC pour consolider les équipes de base en santé mentale et les équipes Enfance-jeunesse-famille sont incontournables pour la réussite des orientations. Actuellement, peu de médecins de famille s'impliquent auprès de ces équipes. Un défi important sera de mobiliser les médecins de famille pour qu'ils s'engagent activement dans les équipes du CLSC.

ORIENTATION 11

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec soutient une réorganisation des services médicaux en psychiatrie et favorise l'implication des médecins de famille en santé mentale.

MESURES
• **Confier le mandat à un groupe de travail d'étudier la faisabilité d'implanter les recommandations du Collège des médecins sur l'organisation des services en santé mentale pour la région.**
• **Entreprendre des démarches pour impliquer les médecins de famille au niveau des CLSC.**

CHAPITRE 10 : RECHERCHE ET ÉVALUATION

ÉTAT DE SITUATION

La transformation des services de santé mentale constitue une période charnière au cours de laquelle plusieurs changements importants se produiront concernant les services à la population. Dans la mesure du possible, ces changements devraient s'appuyer sur les connaissances disponibles permettant ainsi de garantir un service de qualité aux personnes présentant des troubles mentaux. La recherche et l'évaluation sont donc appelées à orienter encore plus activement l'évolution de la transformation des services et à favoriser l'innovation, de concert avec les partenaires du domaine de la santé mentale.

La Régie régionale doit promouvoir la recherche et l'évaluation en concertation avec les diverses instances de recherche comme les universités et le Comité de santé mentale du Québec. Divers projets de recherche en partenariat sont une façon efficace et efficiente de produire des connaissances transférables immédiatement au profit de la population. Par la même occasion, les projets pourraient permettre de valoriser l'expertise acquise et de maintenir la compétence des intervenants sur le terrain.

ORIENTATION 12

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre du Québec entend mettre en place des outils d'évaluation et un programme de recherche permettant d'identifier les besoins de la population en matière de services de santé mentale et d'évaluer l'impact des transformations sur son état de santé et de bien-être.

Objectif A

Développer des indicateurs de mesure adaptés aux nouvelles orientations régionales en santé mentale et en faire le suivi.

Les activités de monitorage sont de deux ordres : d'une part, celles consistant à faire le suivi de certains indicateurs provenant de banques de données administratives. D'autre part, celles permettant de faire le suivi de certains indicateurs qui auront été adaptés spécifiquement pour la transformation des services dans la région.

MESURE

- Confier au Groupe vigie de la Régie régionale le mandat de développer des indicateurs de mesure adaptés aux nouvelles orientations régionales en santé mentale en collaboration étroite avec les organismes et les établissements qui œuvrent en santé mentale.

Objectif B

Soutenir la planification et l'organisation des services en développant des stratégie de recherche permettant l'identification des besoins de la population.

En matière d'identification des besoins de la population, un effort important doit être consenti au développement de stratégies et d'outils permettant de soutenir la planification et l'organisation des services à la population.

MESURE

- Confier au Groupe Santé publique le mandat de développer des projets de recherche permettant d'identifier les besoins de la population.

Objectif C

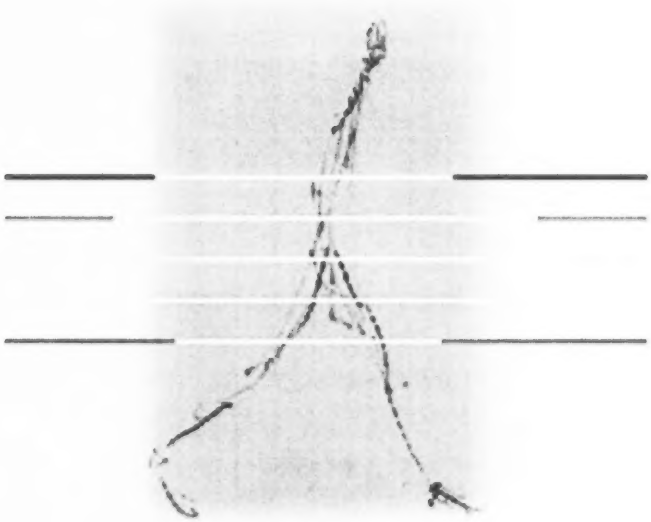
Initier des projets de recherche clinique permettant de développer la gamme de services requis pour les personnes présentant des troubles mentaux.

La transformation des services en santé mentale entraîne la création de nouveaux types de services et à en transformer un grand nombre d'autres. Dans ce contexte, la recherche clinique prend toute son importance pour s'assurer que les nouveaux services de pointe comme le suivi intensif en équipe, répondent bien aux objectifs qu'ils visaient lors de leur mise en place.

MESURE
• Confier au CHCM (vocation régionale santé mentale) le mandat d'initier des projets de recherche clinique en étroite collaboration avec les différents partenaires dans le domaine de la santé mentale.

PARTIE II

CONDITIONS DE RÉUSSITE



CHAPITRE II: MÉCANISMES DE TRANSITION

La transformation n'est pas une simple affaire d'accroissement de l'efficacité et de l'efficience des modes de distribution des services. Elle tient aussi aux changements de valeurs, d'approches et de pratiques qui ont été introduits et continuent d'être promus dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler le virage qualité de vie dans la communauté.

Dans un premier temps, il faut identifier les conflits actuels et potentiels et ce, à chaque étape du processus de transition. Cela représente une étape préalable au changement.

Plusieurs professionnels ont fait le choix d'œuvrer en établissement, de la même manière que des intervenants de CLSC ou des services communautaires ne s'attendaient pas à travailler auprès des personnes atteintes de troubles mentaux et ayant, pour certaines, été institutionnalisées. Il est possible qu'il y ait des résistances de part et d'autre, d'où l'importance de prévoir et d'aménager des lieux de dialogue, d'échange d'expertise et d'opinion sur le travail pour les groupes concernés.

Aussi, on oublie trop souvent de souligner les efforts de changement ou d'adaptation déployés depuis longtemps et dans plusieurs milieux par un très grand nombre d'intervenants pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services dans la communauté.

Pour soutenir et enrichir le nouveau réseau de services intégrés, il est souhaitable d'instaurer un processus de formation de la main d'œuvre, tant dans les milieux communautaires qu'hospitaliers, par une mise en commun du savoir, du savoir-être et du savoir-faire.

Enfin, pour éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent sans soutien, il faut prévoir des budgets de transition de façon à ce que les services habituels soient assurés pendant que se mettent en place les nouveaux services.

L'avenir devra favoriser une évaluation réaliste, suffisamment nuancée, respectueuse des efforts de tous en regard des différents mécanismes de transition déployés.

Pour ce faire, la Régie régionale entend soutenir la mise en œuvre du plan de transformation en santé mentale et ce, en supportant prioritairement trois mécanismes de transition :

- Améliorer les conditions de mobilité de la main d'œuvre afin de préserver l'expertise.
- S'assurer de la formation des ressources humaines travaillant dans les services de santé mentale et, en priorité, celles dont le rôle et la tâche seront modifiés par la transformation.
- S'assurer de la planification et du financement de la transition des services actuels vers des services dans la communauté.

AMÉLIORER LA CONDITIONS DE MOBILITÉ DE LA MAIN D'ŒUVRE AFIN DE PRÉSERVER L'EXPERTISE

L'utilisation optimale des compétences de la main d'œuvre des différentes organisations, par la révision de l'organisation du travail, l'encouragement à la mobilité, la préparation de la relève et le replacement de tout le personnel en sécurité d'emploi exigent une vision innovatrice.

Le succès de la transformation dépend en grande partie d'une analyse soignée, eu égard aux ressources humaines et l'élaboration de stratégies viables pour les gérer efficacement.

Un style de communication plus ouvert, la reconnaissance de la menace anticipée par les travailleurs, l'établissement de milieux de travail qui soient innovateurs et qui offrent du soutien peuvent contribuer, de manière importante, au succès de la mobilité de la main d'œuvre.

Les solutions aux problèmes que la transformation des services en santé mentale soulèvera lors de la réorganisation dépendra de la volonté à régler les enjeux complexes et d'une vision partagée par tous les secteurs intéressés.

La Régie régionale, en collaboration avec les établissement concernés, conduira des travaux avec les associations syndicales afin d'explorer de nouveaux paramètres de relation de travail qui permettront l'utilisation optimale de l'expertise disponible, et favorisera la mobilité de la main d'œuvre, soit exemple, la formule des prêts de service ou de protocoles d'entente.

S'ASSURER DE LA FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES TRAVAILLANT DANS LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET, EN PRIORITÉ, CELLES DONT LE RÔLE ET LA TÂCHE SERONT MODIFIÉS PAR LA TRANSFORMATION

La formation des intervenants est essentielle pour soutenir et enrichir la transformation, et préparer ces derniers à exercer des fonctions et des rôles différents.

Les actions de portée régionale doivent permettre de créer des conditions favorables à l'adhésion des principes de respect mutuel reconnus, afin de soutenir la collaboration selon l'esprit des nouvelles orientations. Pour ce faire, il est préconisé d'utiliser une

approche dynamique axée à la fois sur l'acquisition de connaissance et sur l'expertise pratique.

Les activités de développement des compétences sont un levier fort utile à une mobilité accrue des ressources humaines vers de nouveaux défis, de nouvelles expériences ou opportunités.

Ainsi, tel que spécifié dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (1998)*, quelques cibles à privilégier en matière de formation sont l'acquisition des aptitudes et des connaissances nécessaires pour :

- Faciliter l'intégration sociale et améliorer la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves et leur entourage.
- L'intervention auprès des personnes ayant des problèmes multiples (toxicomanie et santé mentale).
- Donner une réponse adaptée aux besoins particuliers des femmes et des hommes.

La Régie régionale, en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires, procédera à :

- Identifier les besoins de formation liés à la transformation des services.

- Élaborer et actualiser un programme régional de formation et de développement de la main d'œuvre impliquée par la transformation de services de santé mentale.

S'ASSURER DE LA PLANIFICATION ET DU FINANCEMENT DE LA TRANSITION DES SERVICES ACTUELS VERS DES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

L'objectif visant la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour s'inscrit dans une approche centrée sur le transfert de certaines ressources vers la communauté. Il faut prévoir qu'il y aura des coûts de transition inévitables. Non seulement le budget doit suivre les personnes de l'hôpital vers la communauté, mais les ressources alternatives à l'hospitalisation doivent être en place avant la fermeture des lits hospitaliers. Une enveloppe budgétaire de transition devra être consacrée aux organismes et établissements ayant le mandat de développer dans la communauté des services essentiels à la réussite de la transformation.

Pour garantir le succès de la transition, il faut déterminer le volume et la qualité des différentes structures d'accompagnement et de lieu d'accueil à mettre en place. La Régie régionale s'assurera que chaque établissement du réseau planifie un projet qui déterminera la séquence des activités de transformation, ainsi que les coûts financiers inhérents à la réorganisation. L'élaboration par la Régie régionale du plan de mise en œuvre, permettra de coordonner et de conduire avec succès la transformation de l'organisation des services en santé mentale.

Sans une réallocation budgétaire graduelle, le risque est d'aggraver plutôt que d'améliorer, la situation des personnes présentant des troubles mentaux qui vivent ou vivront sous peu dans la communauté. Il est nécessaire que le continuum de services soit accessible et puisse garantir un niveau de qualité aux personnes atteintes de troubles mentaux et à leurs proches.

Le plus grand défi, en parallèle à la planification financière de la transition, est d'instaurer une culture de soutien proactive par la créativité, la concertation et l'engagement d'un grand nombre d'intervenants dans la réalisation des changements requis.

Les principales mesures contenues dans les orientations en santé mentale devront se réaliser à même une enveloppe régionale fermée. Les contours financiers 1994-1995 serviront de base pour la réallocation. Le budget global en santé mentale se chiffre à 45 777 947 $. Les dépenses se répartissent conformément au tableau suivant :

Programmes	Dépenses
Organisme communautaires	1 897 362
Services sociaux	5 742 546
Centre de crise	396 000
Répit et dépannage	326 387
Équipe de base	87 975
Centre de jour	1 422 126
Services ambulatoires	4 998 444
Réadaptation – C.I.C (CHCM)	2 197 821
Lits de courte durée	11 480 968
Lits de psychiatrie légale	1 625 353
Lits de longue durée	8 937 570
Ressources de type familial	3 212 430
Ressources en pavillons	2 823 985
Formation	72 980
Budget de transition	556 000
Total des dépenses en santé mentale	**45 777 947**

Les principes directeurs qui guideront le financement sont :

- L'enveloppe budgétaire de 45 777 947 $ pour la santé mentale est une enveloppe fermée. Les sources de financement pour réaliser ces mesures proviendront des budgets actuellement disponibles.

- Conformément au *Projet de consolidation 1999-2002*, la Régie régionale entend respecter l'équité territoriale en tenant compte de la clientèle existante.

- Les budgets alloués pour les services respecteront les coûts directs et indirects réels.

- La répartition des budgets entre les services se fera sur la base d'un coût « plancher ». Cependant, une partie du budget sera garder en réserve pour pallier aux dépenses imprévues.

- Un groupe de travail formé des directeurs des finances des centres hospitaliers et des représentants de la Régie régionale entreprendront des travaux plus spécifiques sur les contours financiers des dépenses hospitalières. À partir des marges de manœuvre disponibles, des stratégies pour la réallocation des ressources financières et humaines seront planifiées en tenant compte des services à implanter dans la communauté.

CHAPITRE 13 : CONCERTATION ET FORMATION CONTINUE

LA CONCERTATION

Dans son *Projet consolidation 1999-2002*, la Régie régionale souhaite mettre en place des mécanismes de concertation afin d'apporter un changement de perspective dans le partenariat à établir particulièrement dans la transformation des services de santé mentale. Il est important de sortir de l'unique logique de mission d'établissement pour revoir l'organisation des services en se centrant sur les besoins de la personne, de sa famille, et de la communauté à laquelle elle appartient. Les processus de concertation visent également à éviter la fragmentation et la compétition improductive qui mettent en péril l'accessibilité à une gamme complète de services en santé mentale.

L'établissement d'une nouvelle dynamique organisationnelle et relationnelle allégée, simplifiée et décentralisée entre les partenaires permettra d'amener une cohérence entre les objectifs de résultats, le financement ainsi que l'organisation de services requis. Il convient de mentionner que le renforcement des liens entre les partenaires demande du temps et surtout de la volonté politique. De plus, des efforts doivent être faits pour reconnaître l'importance du mouvement communautaire en santé mentale lequel est teinté d'orientations et de pratiques différentes.

Il faut penser davantage à un processus de concertation intrinsèque au développement, à l'actualisation et à l'évaluation des différents éléments prévus dans le *Projet sur les orientations régionales en santé mentale* plutôt qu'un mécanisme unique et structurant de type comité ou table sous régionale.

La Régie régionale s'assurera de l'émergence de nouvelles formes de gestion et d'organisation impliquant l'ensemble des partenaires afin d'améliorer l'accessibilité à la gamme de services en santé mentale.

LA FORMATION CONTINUE

La formation continue est essentielle pour soutenir et enrichir la démarche de même que pour préparer les intervenants à exercer des fonctions et des rôles différents dans le cadre de la transformation des services en santé mentale.

La Régie régionale collaborera avec l'ensemble des partenaires afin d'assurer la formation des ressources humaines travaillant en santé mentale et, en priorité, celles dont le rôle et la tâche seront modifiés de façon importante par la transformation.

Il est important que la formation continue permette l'acquisition d'aptitudes et offre de l'information théorique aux intervenants, afin de les aider à enrichir leurs connaissances. De plus, les activités de formation facilitent l'adhésion des partenaires à des principes reconnus, soutiennent la collaboration pour la transformation des services en santé mentale en plus de créer un lieu d'échange permettant l'émergence des liens de

collaboration. De façon particulière, la formation continue doit permettre d'atteindre les objectifs associés au développement de la main d'œuvre concernée par les orientations régionales en santé mentale.

CONCLUSION

Le projet sur les orientations régionales en santé mentale s'inscrit, dans l'ensemble des travaux attendus, comme une étape importante visant l'opérationnalisation d'une gamme complète de services en santé mentale.

L'organisation des services en santé mentale évolue de façon constante afin d'accorder à l'usager un rôle central dans un réseau intégré de services et de soins. Le projet sur les orientations régionales en santé mentale précise plusieurs mesures et conditions de réussite requises pour garantir une meilleure qualité de vie aux personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce projet ont été à même de constater les espoirs soulevés par cette démarche, ainsi que l'implication et l'engagement des partenaires à son bon déroulement. L'expérience de ces personnes, dans la production de ce projet, a comporté d'utiles réflexions et échanges sur les constats et messages importants transmis par les partenaires. Ces travaux ont permis de concilier différents paradigmes et d'adopter un langage commun qui reflète le mieux possible cette conciliation. C'est là un type de démarche nécessaire, à beaucoup de niveaux, mais qui comporte la particularité de n'être jamais totalement achevé.

Ce projet permettra de guider la consolidation ou le développement de services en santé mentale dans la région, de soutenir le changement de pratiques, d'évaluer l'évolution des services et de favoriser l'émergence de nouveaux modèles de concertation.

BIBLIOGRAPHIE

ALLNESS, D.J., KNOEDDER, W.H. (1998), *The Pact Model of Community – Based Treatment for persons with severe and persistent mental illnesses : A manual for PACT start-up,* U.S.A.

BAYDELL, K., BUTTERILL, D., COCHRANE, J., DURBIN, J., GOERING, P., ROGERS, J., TRANOR, J. (1997), *Examen des meilleurs pratiques de la réforme des soins de la santé mentale – Examen de la documentation,* Ottawa/Ontario, Les publications Santé Canada.

BLANCHET,L; LAURENDEAU,M.-C.; PAUL, D. ET SAUCIER,J.-F. (1993), *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir,* Comité de la santé mentale du Québec.

CLSC DE L'ESTRIE (1995), *Programme régional d'intervention de crise de première ligne, mars.*

CLSC GASTON-LESSARD, activités réalisées à l'intérieur d'Urgence-Détresse CLSC pour la consolidation du service dès son implantation en septembre 1995 jusqu'à mars 1998.

CLSC GASTON-LESSARD (1997), *Rapport d'évaluation du service d'urgence détresse CLSC 1996-1997, août.*

DORWIL, H., GUTTMAN, H.A., RICARD, N., VILLENEUVE, A. (1997), *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves,* Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Santé Québec et la santé, ça va?* 1992-1993. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol. 1.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1987), Les Publications du Québec, *Et la santé ça va?* Rapport de l'enquête Santé Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la prévention et des services communautaires, *La santé mentale dans les centres locaux de services communautaires, perspectives et éléments de réflexion.*

HÔPITAL DES PRAIRIES, SANTÉ QUÉBEC (1993), *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes* – Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, Faits saillants.

LE COLLÈGE (1998), Collège des médecins du Québec, Bulletin officiel, Vol. XXXVII, No.4, Janvier.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997), Direction de la planification et de l'évaluation, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale,* Document de consultation, Québec, avril.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale de la planification et de l'évaluation (1996), *L'implantation de deux services externes en santé mentale : éléments descriptifs hôpital de jour / centre de jour,* Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996), *L'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches, Guide de planification et d'évaluation,* Québec, Direction générale de la coordination régionale.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale,* Québec, Comité de pilotage du plan d'action sur la transformation des services de santé mentale.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989), *Politique de santé mentale,* Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes; Agissons en complices,* Comité jeunesse.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *Stratégie québécoise d'action face au suicide, s'entraider pour la vie,* Québec.

PRISIC 05 (1995), *Programme régional d'intervention en situation de crise de l'Estrie, août.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCAUX GASPÉSIE/ÎLES-DE-LA-MADELEINE (1996), *Plan régional d'organisation des services en santé mentale 1997-2002,* Vol.1, Cadre de référence et orientations de services.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1994), *Cadre de référence pour une campagne de sensibilisation et de promotion en santé mentale.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1996), *Enquête sociale et de santé; Rapport régional de l'enquête sociale et de santé 1992-1993.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1997), *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs – Décisions 1996,* Trois-Rivières/Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1991), *Le plan régional d'organisation des services de santé mentale,* Documents 1, 2, 3 et 4.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS (1993), *Le plan régional d'organisation des services de santé mentale : L'essentiel du propos...* (version abégée), Trois-Rivières, La Régie, 40 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS, Direction de la Santé publique (1996), *Projections définitives de la population, pour l'ensemble du Québec, la région Mauricie Bois-Francs et ses territoires de CLSC,* par Yves Pépin, Juillet.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL-CENTRE (1997), *Le défi de l'accès – Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services – L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal 1998-2001,* Montréal/Québec.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL-CENTRE (1998), *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, juin.*